

Le Service d'Urgence Médicale et le Centre de Pathologie toxique de Lyon

*Son activité pendant un an
(1^{er} Avril 1961 — 1^{er} Avril 1962)*

(Service du Professeur Louis ROCHE)

THESE

présentée à la

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 novembre 1963

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

M^{me} RAVOAVISON née PAIRAULT Claude

née le 27 novembre 1935 à BILLOM (Puy-de-Dôme)





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554212_0018

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1963-1964 — N° 189

Le Service d'Urgence Médicale et le Centre de Pathologie toxique de Lyon

*Son activité pendant un an
(1^{er} Avril 1961 — 1^{er} Avril 1962)*

(Service du Professeur Louis ROCHE)


THESE

présentée à la

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 novembre 1963

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

M^{me} RAVOAVISON née PAIRAULT Claude

née le 27 novembre 1935 à BILLOM (Puy-de-Dôme)



Le Service d'Urgence Médicale et le Centre de Pathologie Toxique de Lyon

Son activité pendant un an
(1^{er} Avril 1963 — 1^{er} Avril 1964)
(Service du Professeur Louis ROCHÉ)



présentée à la

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 novembre 1963

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

M^{lle} RAVOAVISON née FAIRAULT Claude

née le 27 novembre 1935 à SILLON (Mayenne)



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens honoraires :

M. J. LEPINE : Membre de l'Institut.

Doyen : M. J.-F. CIER.

M. H. HERMANN : Correspondant de l'Institut.

Assesseurs : MM. M. LEVRAT.
REVOL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE,
MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET.

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique Urologique.
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique Biologique.
DECHAUME	Clinique Neuro-Psychiatrique et d'Hygiène mentale.
CHAMBON	Chimie Organique et Toxicologie.
WERTHEIMER	Clinique Chirurgicale B.
PAUPERT-RAVAULT	Clinique Médicale B.
FROMENT	Clinique et Prophylaxie Cardio-Vasculaires.
CROIZAT	Clinique Médicale C.
ENSELME	Chimie biologique et médicale.
MALLET-GUY	Clinique Chirurgicale A.
REVOL	Pharmacie Galénique.
POLLOSSON	Clinique Gynécologique.
PIGEAUD	Clinique Obstétricale.
BOURRET	Médecine du Travail.
LEVRAT	Clinique Médicale A.
SOHIER	Hygiène et Action Sanitaire et Sociale.
NETIEN	Botanique et Cryptogamie.
BERTRAND	Clinique Chirurgicale C.
BADINAND	Pharmacie Analytique Pharmaceutique.
DREVON	Pharmacie Chimique et Pharmacologie.
ROCHE	Médecine Légale et Déontologie.
COUDERT	Parasitologie et Pathologie Exotique.
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie et d'Audio-Phonologie.
PAUFIQUE	Clinique Ophthalmologique.
TIERS	Clinique de Dermatologie, syphiligraphie & Allergologie.
BRUN	Clinique de Pneumo-Phtisiologie.
CREYSSEL	Clinique traumatologique des Membres.
DARGENT	Clinique carcinologique.
GUICHARD	Anatomie pathologique.
GIRARD Paul	Pathologie Générale et Expérimentale.

MM. LATARJET	Anatomie.
PEYCELON	Pathologie Chirurgicale.
GIRARD Marcel	Thérapeutique.
VACHON	Pathologie Médicale.
GALY	Physio-Pathologie des voies respiratoires.
PAPILLON	Radiologie.
JEUNE	Clinique des Maladies Infectieuses.
GONIN	Hydrologie thérapeutique, Climatologie & Ecologie Sociale.
MONNET	Bactériologie.
BANSSILLON	Physiologie et Pathologie Obstétricales.
CHATONNET	Physiologie B.
GUINET	Clinique Endocrinologique.
TRILLAT	Clinique de Chirurgie Orthopédique.
FREIDEL	Clinique Stomatologique.
MARION Joseph	Clinique de Chirurgie & d'Orthopédie infantiles.
DORCHE	Matière Médicale & Législation Pharmaceutique.
DUMONT Louis	Histologie et Embryologie.
PERROT	Chimie.
CIER J.-F.	Physiologie A.
PERRIN J.	Thérapeutique Chirurgicale & Chirurgie Opératoire.
X.....	Clinique Médicale Infantile & Hygiène du premier âge.
X.....	Biologie Médicale & Pharmacodynamie.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique Nucléaire Appliquée à la Médecine.
BERTOYE	Bactériologie.
MANSUY	Neuro-Chirurgie.
COLLET	Chimie Pharmaceutique.
SARROUY	Clinique de Pédiatrie.
LACROIX	Climatologie.
LIARAS	Clinique Chirurgicale Propédeutique.
LECUIRE	Neuro-Chirurgie.
REVOL	Médecine Générale.
GOINARD	Thérapeutique Chirurgicale.

MM.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie.
CIER André	Pharmacie Chimique et Pharmacologie.
FEROLDI	Anatomie Pathologique.
MORET	Physique Biologique.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM. CREYSSEL Roger	Chimie Biologique.
THIVOLET	Hygiène.
GARIN	Parasitologie.
PINET	Electro-Radiologie.
ODDOUX	Botanique et Cryptogamie.
de SOLLIERS	Chimie Analytique.

MM. TOLOT	Médecine du Travail.
DESPIERRES	Médecine Générale.
GUYOTAT	Neuro-Psychiatrie.
DESCOTES	Chirurgie Générale.
JOUVET	Pathologie expérimentale.
PEYRIN	Physique Biologique.
TOMMASI	Anatomie Pathologique.
BUFFARD	Electro-Radiologie.
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique.
de MOURGUES F.	Stomatologie.
NAUSSAC	Maladies infectieuses.
REBOUILLAT	Chirurgie générale.
ROMAGNY	Pédiatrie.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

DUROUX	Anatomie.
BRETTE	Thérapeutique.
BOUCHET	Anatomie.
FAVRE-GILLY	Hématologie.
GIROD	Histologie et Embryologie.
GRAS	Chimie Biologique.
MALLEIN	Chimie Analytique.
FAUCON	Hygiène.
FLANDROIS	Physiologie.
VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie.

AGREGES EN EXERCICE

BURTHIAULT	Obstétrique.
FRANCOIS	Pédiatrie et Puériculture.
GIGNOUX	Oto-Rhino-Laryngologie.
GUILLEMIN	Chirurgie Générale.
JAUBERT-de-BEAUJEU	Chirurgie Générale.
MARION Pierre	Chirurgie Générale.
MICHAUD	Chirurgie Générale.
PLAUCHU	Médecine Générale.
PONT	Médecine Générale.
SAUTOT	Chirurgie Générale.
TRAEGER	Médecine Générale.
VIGNON	Médecine Générale.
BONAMOUR	Ophtalmologie.
COLIN	Médecine Légale.
COLOMB	Dermatologie.
de MOURGUES Georges	Chirurgie Générale.
DEVIC	Médecine Générale.
DUMONT Martial	Obstétrique.
DURAND	Urologie.
FRANCILLON	Chirurgie Générale.
SAUBIER	Chirurgie Générale.

MM.	SCHOTT	Neuro-Psychiatrie.
	ALLEGRE	Neuro-Chirurgie.
	CHASSARD	Electro-Radiologie.
	FAYSSE	Orthopédie.
	GAILLARD	Oto-Rhino-Laryngologie.
	GARDE	Médecine Générale.
	HUGONNIER	Ophtalmologie.
	KALB	Pneumo-Phtisiologie.
	LARBRE	Médecine Générale.
	MARET	Chirurgie Générale.
	MORNEX	Médecine Générale.
	NORMAND	Médecine Générale.
	PERRIN André	Médecine Générale.
	BETHENOD	Pédiatrie & Puériculture.
	DUMAS	Stomatologie.
	FRIES	Médecine Générale.
	GARMIER	Obstétrique.
	LAMBERT	Médecine Générale.
	MICHOULIER	Chirurgie Générale.
	NOEL	Médecine Générale.
	ROBERT	Médecine Générale.
	SCHNEPP	Orthopédie.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. ROCHE Président
 BADINAND
 COLIN
 TOLOT

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. ROCHE

Professeur de Médecine Légale
Médecin-Chef du Service Médical d'Urgence
et du Centre de Pathologie Toxique

pour la confiance dont il nous a
honoré en nous confiant ce sujet de thèse.

Nous le remercions pour l'aide
qu'il nous a apportée dans ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de
notre profonde gratitude et de notre admiration
pour l'immense travail qu'il accomplit à la fois
à l'Hôpital Edouard-Herriot et à l'Institut de
Médecine Légale.

A Monsieur le Professeur BADINAND

Monsieur le Professeur COLIN

Monsieur le Professeur TOLOT

qui nous ont fait l'honneur
d'accepter de faire partie du Jury de
cette thèse.

Nous les en remercions vive-
ment.

A NOS PROFESSEURS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE CLERMONT - FERRAND

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre
gratitude pour l'enseignement qu'ils nous ont donné.

A LA MEMOIRE DE NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur G. PATURET

Professeur d'Anatomie
Doyen de la Faculté de Médecine de CLERMONT-FERRAND

dont les qualités de Professeur et de
Médecin demeurent gravées en nous.

Nous tenons à exprimer ici notre profond
respect au souvenir du grand Maître qu'il a été pour nous dans la
voie des études médicales.

LE SERVICE D'URGENCE MEDICALE ET LE CENTRE DE PATHOLOGIE TOXIQUE DE LYON

PENDANT UN AN

(1 Avril 1961 - 1 Avril 1962)

(SERVICE DU PROFESSEUR Louis ROCHE)

C H A P T E R I

Les conditions de vie modernes ont fait se développer certains chapitres de la pathologie, autrefois mineurs. Deux prennent, en particulier, une extension sans cesse croissante : la pathologie traumatique et la pathologie toxique. L'importance de la pathologie traumatique, traumatismes de la circulation en particulier, est certainement le fait marquant de ces vingt dernières années, et de tous les dangers de la vie moderne, l'accident de la circulation est celui duquel le grand public est le mieux averti. Par contre, les risques d'intoxication sont beaucoup moins bien connus, bien qu'ils aillent sans cesse se multipliant du fait des multiples applications de la chimie dans les domaines industriel, agricole et domestique. On assiste actuellement à une prolifération de produits chimiques les plus divers dont les utilisateurs (dans les domaines agricole et domestique surtout) ne sont pas ou mal informés des dangers de leur manipulation. Cet état de fait explique la fréquence actuelle des intoxications accidentelles. En Grande-Bretagne, le nombre annuel de morts par intoxications (5 000) est sensiblement identique à celui dû aux accidents d'automobiles.

D'autre part, on a beaucoup parlé et écrit sur les conséquences psychiques du mode de vie actuel : bruit, vitesse, rythme trépidant, promiscuité dans les grands centres urbains sont autant de facteurs favorisant les surmenages psychiques. Et ceci se traduit, pour le médecin, par une importance croissante de la pathologie psychiatrique. Pathologie toxique et pathologie psychiatrique se rencontrent dans cet acte de plus en plus fréquent : la tentative de suicide.

Devant cette évolution de la médecine d'urgence, l'hôpital doit donc s'adapter. Autant en pathologie traumatique qu'en pathologie toxique et psychiatrique, le perfectionnement des techniques médicales exige une spécialisation des services hospitaliers responsables pour leur plus grande efficacité. L'hôpital moderne doit comporter, à côté d'un service chirurgical d'urgence, un service médical d'urgence spécialisé dans le traitement des intoxications aiguës.

Ces Centres de Pathologie Toxique ou "Centres-Poisons" nécessitent trois formations différentes : un centre de traitement d'adultes, un centre de traitement d'enfants et un centre de renseignements.

Dans divers pays du monde fonctionnent déjà, depuis plusieurs années des centres semblables. Aux Etats-Unis existent deux-cent-cinquante "Centres Poisons" coiffés par un organisme national, le National Clearinghouse Control Center, centre de coordination et de documentation sur tous les problèmes de toxicologie.

En France, le premier "Centre Poisons" a été créé par le Professeur GAULTIER à l'Hôpital Fernand Widal à Paris.

Depuis le 1er Mars 1961 fonctionne, au centre hospitalier Edouard-Herriot à Lyon, un centre de pathologie toxique sous la direction du Pr. L. ROCHE. L'organisation de ce centre est tel qu'il réunit tous les moyens modernes de diagnostic et de traitement des intoxications aiguës de quelque nature qu'elles soient : volontaires, accidentelles, professionnelles et, plus rarement, thérapeutiques et criminelles.

Cependant, dans un centre urbain tel que Lyon, le nombre d'intoxications nécessitant une hospitalisation, quoique éminemment variable d'un jour à l'autre, ne correspond qu'à une moyenne journalière de quatre à cinq cas. Ce nombre est évidemment trop bas pour justifier la création d'un service autonome. Aussi, le "Centre Poisons" s'intègre-t-il au service médical d'urgence.

Ce service médical d'urgence est intéressant de par sa conception originale. Il s'agit d'un service de garde accueillant, de douze heures à huit heures le lendemain, tous les malades hospitalisés d'urgence pour une affection médicale. Ce service dispose, en permanence, d'une équipe médicale complète et peut appliquer, à toute heure, toutes les techniques médicales de diagnostic et de traitement. L'organisation matérielle est donc identique à celle nécessaire à un "Centre Poisons" autonome : il était logique d'intégrer le "Centre Poisons" dans le service médical d'urgence.

Si l'intérêt pratique d'un "Centre Poisons" est évident, celui d'un service médical d'urgence mérite peut-être quelques explications. Le but du service est de fournir les soins les plus rapides dans les meilleures conditions, la rapidité étant la garantie de l'efficacité en médecine

d'urgence. Cette rapidité est conditionnée par la possibilité de mise en oeuvre immédiate de toutes les techniques modernes de diagnostic (radiologie, laboratoire, examens électriques) et par la présence d'un personnel médical et infirmier compétent et entraîné à toutes les techniques de réanimation et de traitement d'urgence. Ces conditions ne peuvent être matériellement réunies en permanence dans tous les services médicaux d'un grand centre hospitalier tel que l'Hôpital E. Herriot ; et leur mise en place dans chaque service ne serait point rentable.

Le S. M. U. assure donc la garde médicale et, les soins d'urgence ayant été donnés dans les meilleures conditions souhaitables, les malades sont ensuite répartis dans les différents services médicaux traditionnels. Cette organisation est doublement bénéfique : d'une part pour le malade, et les statistiques que nous allons étudier le prouvent, d'autre part pour l'Hôpital en centralisant les dépenses en équipement et en personnel.

En dehors des urgences médicales classiques (pneumopathies aiguës, accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde etc...), deux types d'urgences médicales demandent une organisation spéciale et uniquement réalisée dans le S. M. U. Ce sont d'une part les intoxications, et nous avons vu que la nécessité d'un C. P. T. a été à la base de la création du service, d'autre part les urgences psychiatriques. Avant la création du S. M. U., l'absence d'infirmier de dépôt à Lyon, contraignait le médecin particulier à envisager un internement à l'Hôpital psychiatrique départemental dans tous les cas d'urgence psychiatrique. Etant donné le préjudice moral s'attachant encore à l'internement et l'encombrement de l'Hôpital psychiatrique, il était indispensable d'offrir aux malades psychiatriques la possibilité de les traiter dans le cadre de l'Hôpital général.

Les buts du S. M. U. étant connus, nous allons voir quelle organisation matérielle a été établie afin de les atteindre.

Le S. M. U. se trouve à proximité immédiate du service de la porte où sont examinés par l'interne de garde tous les malades admis à l'Hôpital E. Herriot. L'interne de garde est juge du caractère d'urgence

du syndrome présenté par le malade à l'entrée et le dirigera donc en conséquence sur le S. M. U.

Le S. M. U. comprend quarante-cinq lits répartis en deux services : hommes et femmes adultes, chacun comprenant un dortoir, des chambres à deux lits et quelques chambres d'isolement malheureusement en nombre insuffisant.

Deux problèmes sont primordiaux dans l'organisation du S. M. U. : l'importance du personnel médical et les relations avec certains services spécialisés.

A la tête du personnel médical se trouve le médecin-chef, le Pr ROCHE, médecin des Hôpitaux, professeur de Médecine Légale, auquel l'on doit la création du C. P. T. et du S. M. U. Le médecin-chef est présent dans le service tous les matins et fait une contre-visite tous les après-midis. Egalement attaché entièrement au service, se trouve un médecin-assistant. En raison des problèmes particuliers au S. M. U., trois médecins spécialistes sont en liaison constante avec le S. M. U. : un médecin psychiatre de la Clinique neuro-psychiatrique, le Pr BOURRAT, est attaché au service où il est présent tous les matins. Un médecin spécialiste de réanimation et un médecin spécialiste de toxicologie font chacun une visite tous les après-midis pour tous les problèmes concernant leurs spécialités. Le personnel médical comprend également un interne, attaché au service, présent le matin et en fin d'après-midi et cinq externes dont un possède une formation psychiatrique.

Le service de garde, de douze heures à huit heures le lendemain, est assuré par l'interne de garde médical dont la plus grande partie de l'activité est ainsi concentrée dans le S. M. U., toutes les admissions médicales d'urgence étant faites dans ce service. Il est assuré de pouvoir prendre contact, à tout instant, avec le médecin-chef ou le médecin-assistant. Affectés uniquement au S. M. U., on trouve trois externes de garde présent de treize heures à neuf heures le lendemain.

Dans un service médical tel que celui-ci, le personnel infirmier doit être exceptionnellement compétent et doit assurer une perma-

nence réelle. Le S. M. U. compte six infirmières diplômées entraînées aux techniques de réanimation et possédant une formation psychiatrique ce qui est d'une importance considérable, étant donné le grand nombre d'urgences psychiatriques qu'accueille le S. M. U. L'on sait bien, en effet, que les urgences psychiatriques requièrent des traitements appropriés, certes, mais ne comportant pas de difficultés techniques particulières, mais surtout une surveillance constante et éclairée : et c'est un des points où les infirmières du service ont un rôle capital. Les infirmières du S. M. U. assurent une permanence complète de nuit comme de jour, permanence qu'il est impossible d'assurer dans tous les services d'un hôpital.

La mise en oeuvre d'examens para-cliniques est indispensable, en particulier dans le traitement et la surveillance des comas qui représentent la majorité des admissions au C. P. T. Une organisation solide doit donc être mise en place. Ainsi, existe une liaison constante avec le laboratoire central de l'hôpital où une permanence est assurée de nuit comme de jour pour tout examen. Il appartient, en effet, au laboratoire, de définir toutes les fois qu'il est possible, la nature du toxique en cause dans les cas d'intoxications d'origine inconnue. Rappelons, par exemple, que pour tout coma suspecté d'origine toxique, il est procédé systématiquement aux recherches d'alcoolémie, de C.O., de barbituriques et de phénothiazines. Il faut, cependant, dire qu'en pratique il se pose peu de problèmes toxicologiques en dehors de ces recherches fondamentales : la majorité des intoxications sont d'origine banale (C. O. et barbituriques venant en tête).

D'autre part, le S. M. U. possède son propre appareillage radiologique et un électro-cardiographe ; et toutes les fois que cela est jugé utile, un appareil portatif d'électro-encéphalographie est détaché au S. M. U. avec une technicienne et un externe compétent, l'interprétation de l'E. E. G. étant évidemment faite au laboratoire spécialisé.

Nous avons déjà noté la liaison avec le Centre de Réanimation respiratoire réalisé par un médecin de ce centre attaché en particulier

au S. M. U. où il est présent tous les après-midis. En effet, on sait l'importance capitale de la respiration assistée dans les comas toxiques graves. Le C. P. T. possède des appareils d'assistance respiratoire qui, joints à la compétence du personnel, permettent d'excellents résultats thérapeutiques.

Une autre liaison est capitale dans le fonctionnement du S. M. U. : la liaison avec la clinique neuro-psychiatrique. Nous avons déjà insisté sur l'importance des urgences psychiatriques et sur l'une d'elles en particulier, à cheval sur la toxicologie et la psychiatrie, qui domine l'activité du C. P. T. : la tentative de suicide.

Là, le problème toxicologique d'urgence cède vite le pas au problème psychiatrique, ce qui justifie pleinement la présence quotidienne du psychiatre détaché de la Clinique neuro-psychiatrique auprès du S. M. U. Aucune décision concernant un malade de psychiatrie ou un malade entré pour intoxication volontaire n'est prise sans l'avis du BOURRAT. La présence d'un psychiatre et d'un personnel possédant une formation psychiatrique (externes et infirmières) est indispensable pour créer une ambiance réceptive aux problèmes psychiatriques que l'on ne saurait trouver dans un service médical classique. Ajoutons également que le service social a un rôle à jouer, réalisé au S. M. U. par une assistante sociale également détachée de la Clinique neuro-psychiatrique.

Le C. P. T. offre un service de renseignements conçu à l'image du Centre de Paris. Il répond aux demandes téléphoniques des médecins et des pharmaciens et de façon plus succincte à celles de la police et de la gendarmerie. Ce service possède un fichier toxicologique auquel se réfère l'externe spécialisé qui donne les renseignements demandés sur la nature des toxiques et les traitements à envisager : les réponses au sujet des traitements doivent toujours rester prudentes, étant donné la nature personnelle de chaque intoxication.

Nous voyons que pour un travail efficace, un service médical d'urgence associé à un "Centre-Poisons" tel qu'il fonctionne à Lyon, nécessite une organisation solide mettant en oeuvre des moyens techniques et

et un personnel médical exceptionnel. Nous pensons prouver, par l'étude des statistiques de ce service, après un an de fonctionnement, que ces efforts sont fondés et permettent des réalisations thérapeutiques remarquables.

C H A P I T R E I I

ACTIVITE NUMERIQUE DU SERVICE D'URGENCE MEDICAL

Pour établir le bilan statistique de l'activité du service médical d'urgence, nous avons procédé de la façon suivante : pour chaque mois de l'année et pour chaque sexe, nous avons dressé la liste des malades admis dans le service. Sur cette liste, nous avons noté pour chaque malade :

- la date d'entrée dans le service ;
- l'âge du malade ;
- le motif d'hospitalisation ;
- la date de sortie ;
- la durée de séjour ;
- le mode de sortie :
 - . sortie définitive,
 - . transfert dans un autre service du centre hospitalier,
 - . transfert dans un autre hôpital,
 - . décès,
 - . sortie sur décharge (ou fuite).

A partir de cette liste de malades, nous avons établi, toujours pour chaque mois de l'année et pour chaque sexe, des tableaux étudiant la répartition des malades suivant les motifs d'hospitalisation, suivant l'âge, la durée de séjour dans le service, et suivant le mode de sortie.

En additionnant les résultats obtenus chaque mois, nous obtenons pour l'ensemble de l'année trois tableaux pour chaque sexe chiffrant les variations du nombre de malades suivant leur âge, la durée de séjour dans le service, et le mode de sortie du service, ceci toujours en fonction du motif d'hospitalisation.

La suivante étude statistique de l'activité du service médical d'urgence est donc basée sur ces tableaux.

- A.) - NOMBRE D'HOSPITALISES :

Pendant la période étudiée, du 1er avril 1961 au 1er avril 1962, le nombre de malades admis dans le service médical d'urgence et le centre de Pathologie toxique s'élève à 5 958, soit :

- 3 401 hommes = 57 % des entrées ;
- 2 557 femmes = 43 % des entrées.

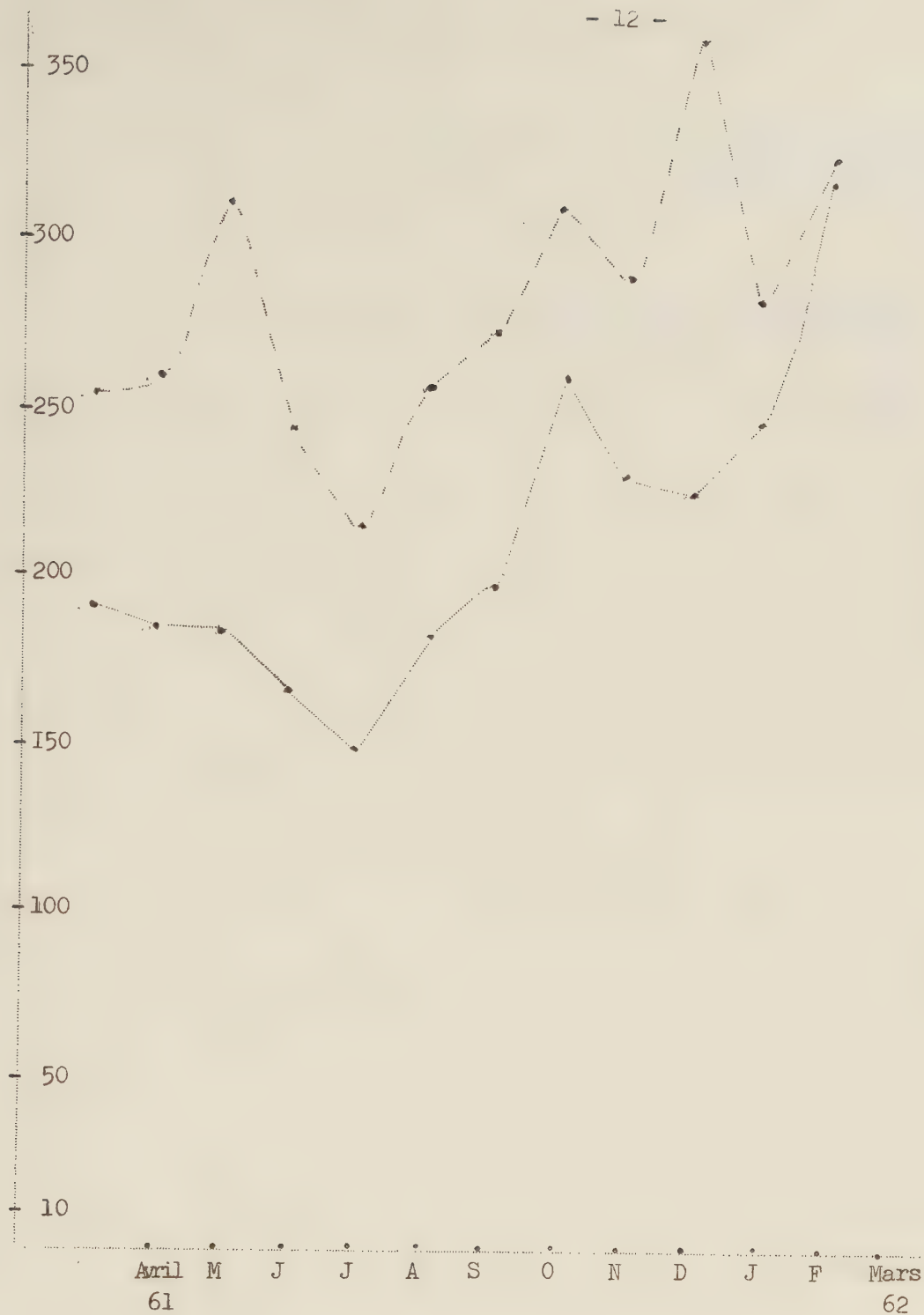
Ceci équivaut à une moyenne de 16,3 entrées par jour (9,3 hommes et 7 femmes). Cette moyenne quotidienne d'hospitalisation n'a, en fait, qu'une valeur relative en raison des grandes variations que subit le nombre des entrées suivant les saisons.

Ces variations sont mises en évidence par les courbes suivantes (Graphique n° 1).

Comme il est logique de s'y attendre, le nombre d'entrées est beaucoup plus élevé durant les mois d'hiver, soit d'Octobre à Mars. Le maximum est atteint en Janvier pour les hommes avec 364 admissions, soit une moyenne quotidienne de 11,7 entrées, en Mars pour les femmes avec 321 admissions, soit une moyenne quotidienne de 10,3 entrées.

Le minimum d'entrées est atteint à la fois pour les hommes et les femmes en Août avec 214 entrées pour les hommes (moyenne quotidienne de 6,9 entrées) et 150 entrées pour les femmes (moyenne quotidienne de 4,8 entrées). Durant les mois d'été, d'Avril à Septembre, les admissions sont régulièrement abaissées en dessous de 200 pour les femmes, en dessous de 260 pour les hommes, diminution portant essentiellement sur les urgences médicales et, comme nous le verrons ultérieurement, plus particulièrement sur les syndromes pulmonaires et les maladies infectieuses.

Il faut cependant noter une recrudescence des admissions masculines en Juin, s'élevant à 312 entrées, augmentation qui porte essentiellement sur les intoxications. En effet, les tentatives de suicide qui étaient au nombre de 6 en avril, 13 en mai, s'élèvent à 23 en juin ; de même les intoxications accidentelles ont été au nombre de 15 en juin, alors qu'il n'y en eut que 6 en avril et 8 en mai.



Courbe de variation du nombre d'entrées
du 1er Avril 1961 au 1er Avril 1962



Nous allons donc étudier en détail dans le chapitre suivant les variations numériques des admissions en fonction de l'affection médicale amenant le malade à l'hôpital.

- B.) - ETUDE STATISTIQUE DES MOTIFS D'HOSPITALISATION :

Nous avons déjà vu précédemment que le service médical d'urgence, pour des raisons de volume des entrées, comprend en fait deux services :

- le service de traitement d'urgence des syndromes médicaux, que nous appelons plus brièvement service médical d'urgence, assurant en fait la garde médicale aux heures où les services médicaux traditionnels ne disposent pas de leur plein effectif de personnel médical, c'est-à-dire de douze heures à huit heures le lendemain.

- le centre de pathologie toxique, centre de diagnostic et de traitement des intoxications aiguës volontaires, accidentelles, professionnelles, thérapeutiques ou éthyliques.

I° - LES URGENCES MEDICALES

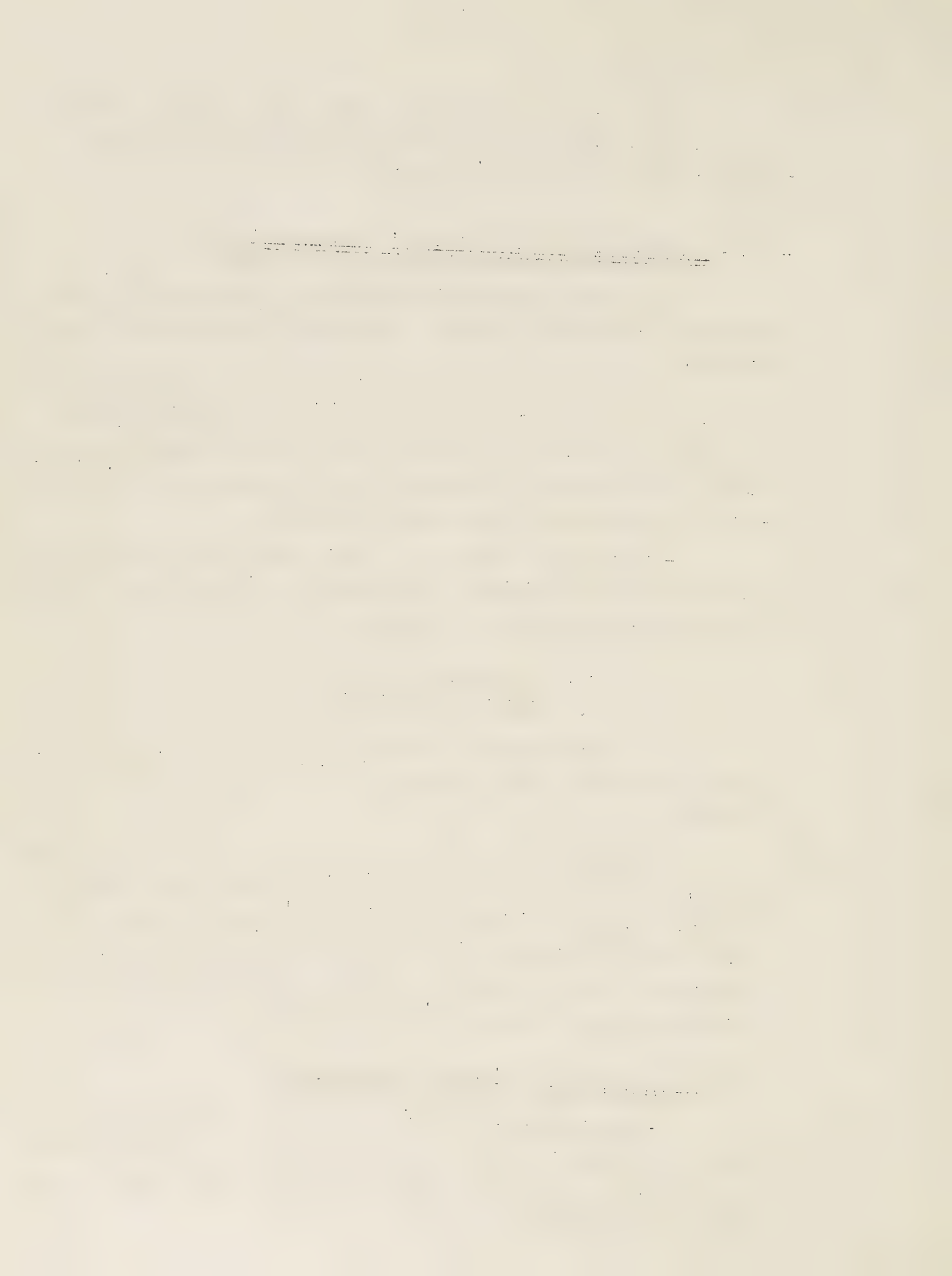
=====

En ce qui concerne les urgences médicales, nous les avons classées de la manière la plus classique, c'est-à-dire, selon l'appareil intéressé.

Pour chacun de ces groupes de syndromes, nous allons succinctement exposer les syndromes les plus fréquemment rencontrés. Cette liste n'a aucune prétention d'originalité, et l'on n'y rencontre que des syndromes banaux bien connus de tout médecin. Elle n'est là que pour une plus grande clarté de l'exposé, et afin de donner une idée de l'activité extrêmement variée du service d'urgence médicale.

- A.) LES AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

- Les pneumopathies aiguës représentent la majorité des admissions de ce groupe : bronchites, broncho-pneumonies, pneumonies, congestions pulmonaires, pleurésies, responsables d'une partie importante des admissions hivernales.



- les hémoptysies (d'origine tuberculeuse ou autre).
- les dyspnées paroxystiques d'origine pulmonaire : asthme le plus fréquemment, pneumothorax spontanés.
- les pneumopathies chroniques lors de complications : dilatation des bronches, emphysème etc...

- B.) LES AFFECTIONS DES APPAREILS DIGESTIF ET ENDOCRINIEN

que nous avons réunies afin de ne pas multiplier les groupes.

Ici, les deux grands syndromes les plus fréquemment rencontrés sont :

- d'une part les hémorragies digestives,
- d'autre part les accidents diabétiques, précomas et comas hypoglycémiques.

De façon moins fréquente, on rencontre :

- des coliques hépatiques ;
- des ictères ;
- des syndromes ulcéreux ;
- des syndromes colitiques d'origine infectieuse ou tumorale, etc...

- C.) LES AFFECTIONS DE L'APPAREIL URINAIRE.

Les syndromes les plus fréquemment rencontrés sont :

- les coliques néphrétiques ;
- les rétentions d'urine ;
- les hématuries.;

et moins fréquemment :

- les syndromes infectieux ;
- l'insuffisance rénale aiguë avec azotémie.

- D.) LES AFFECTIONS DE L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

dominent très nettement par leur fréquence l'activité du service.

Viennent en tête les accidents vasculaires cérébraux, responsables de plus de la moitié des admissions de ce groupe et de 50 % environ des

décès du service (y compris le centre de pathologie toxique).

Les autres syndromes cardio-vasculaires les plus fréquemment rencontrés sont :

- les insuffisances cardiaques ;
- les oedèmes aigus du poumon ;
- les insuffisances coronariennes et, en particulier, les infarctus du myocarde qu'il nous a paru intéressant de dénombrer ;
- les embolies pulmonaires ;
- les thromboses veineuses des membres.

- E.) LES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

ne représentent qu'un faible pourcentage des admissions médicales, ainsi qu'il est normal dans un service d'adultes.

La grippe est la plus fréquemment en cause. On trouve également quelques cas de méningites purulentes, de zona, de paludisme et d'amibiase.

- F.) LES AFFECTIONS NEURO-PSYCHIATRIQUES

représentent un chapitre très important de la médecine d'urgence. Numériquement, elles se place immédiatement après les affections cardio-vasculaires.

Les malades psychiatriques présentant très souvent un syndrome d'agitation psycho-motrice, leur admission dans un service hospitalier classique est le plus souvent impossible. L'originalité et le grand mérite du service médical d'urgence est de permettre le traitement d'urgence de ces malades agités dans le cadre de l'hôpital général, et de leur éviter, dans de nombreux cas, l'internement psychiatrique.

Les syndromes psychiatriques les plus fréquents sont :

- les délires ;
- les syndromes dépressifs ;
- les syndromes mélancoliques ;
- les syndromes maniaques ;
- les états confusionnels ;
- les manifestations névrotiques (beaucoup plus rares).

La majorité des syndromes neurologiques est représentée par les syndromes de comitialité. Il s'agit, le plus souvent, d'épileptiques connus amenés à l'hôpital lors d'une crise survenant dans la rue ou dans un lieu public et dont l'état ne nécessite pas d'hospitalisation prolongée.

Les autres cas de comitialité et les autres syndromes neurologiques (paraplégies, aphasies etc...), beaucoup plus rares, sont dirigés ultérieurement dans un service spécialisé. Mais ils ne représentent qu'une partie minime des admissions neuro-psychiatriques.

- G.) LES SYNDROMES STOMATOLOGIQUES

représentent un pourcentage non négligeable des admissions, ceci en raison d'une convention avec le service voisin de stomatologie souffrant d'exiguïté. Cinq lits du service médical d'urgence sont donc retenus pour des malades de stomatologie ne pouvant trouver place dans le service spécialisé et dont l'état nécessite une hospitalisation immédiate.

- H.) LES SYNDROMES DIVERS

Sous cette rubrique, nous avons groupé d'une part des sujets silicotiques hospitalisés en vue d'une expertise médico-légale, d'autre part un certain nombre de malades ne pouvant être classés dans les rubriques précédentes.

Les sujets silicotiques admis à l'hôpital ne représentent pas tous les cas d'expertises pour silicose : ne sont admis à l'hôpital que les sujets pour lesquels des examens complémentaires spéciaux sont indispensables pour fixer leur taux d'invalidité. Ils sont néanmoins très nombreux, et sont admis dans le service médical d'urgence, en raison de la spécialisation du médecin-chef du service, M. le professeur ROCHE.

Parmi les syndromes divers nous trouvons de nombreux cas sociaux, personnes âgées en état de misère physiologique, ne pouvant être laissées sans soins chez elles et qui sont ultérieurement dirigées dans des hospices.

Dans ce groupe, on a rassemblé également des cas de malaises d'origine indéterminée et sans gravité, ayant eu lieu dans des endroits publics, d'où leur transport à l'hôpital ; ainsi qu'un petit nombre de malades admis dans un état de coma grave et dont le décès est survenu rapidement avant la possibilité d'un diagnostic précis.

Enfin, on a noté quelques cas d'affections dermatologiques, hématologiques (leucémies), oto-rhino-laryngologiques, ainsi que quelques chocs anaphyllactiques.

II° - LES INTOXICATIONS

Dans le cadre du Centre de Pathologie Toxique, on traite trois grands groupes d'intoxications, différenciées selon les circonstances d'apparition. Ce sont :

- les intoxications volontaires ou tentatives de suicide ;
- les intoxications éthyliques aiguës ;
- les intoxications accidentelles, professionnelles et quelques cas d'intoxications thérapeutiques.

- A.) LES INTOXICATIONS VOLONTAIRES

Elles dominent par leur fréquence l'activité du Centre de Pathologie Toxique. Les moyens utilisés sont les suivants :

- barbituriques	258 cas
- tranquillisants	53 cas
- neuroleptiques et psychotropes	33 cas
- antihistaminiques de synthèse	28 cas
- hypnotiques non barbituriques	21 cas
- C.O. (gaz de ville et butane)	84 cas
- agents physiques (noyades, section des veines pendaison)	21 cas
- produits divers	23 cas

Les barbituriques sont donc de très loin les produits les plus utilisés, seuls ou associés à d'autres médicaments ou à l'oxyde de carbone.

- B.) LES INTOXICATIONS ETHYLIQUES

Nous ne considérons ici que les manifestations aiguës de l'alcoolisme soit :

- les ivresses aiguës (en très grand nombre) ;
- les délires alcooliques :
 - . pedelirium,
 - . delirium tremens très importants par leur nombre et leur gravité.

- C.) LES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES, PROFESSIONNELLES ET THERAPEUTIQUES

Elles sont moins nombreuses que les intoxications volontaires ou éthyliques, mais présentent une grande diversité.

Parmi les intoxications accidentelles, on dénombre :

- intoxications au C.O. 187 cas
- intoxications alimentaires 25 cas
- produits divers 23 cas
- insulations 6 cas
- noyades 4 cas
- piqûres de guêpe 4 cas
- morsures de serpents 2 cas

Parmi les intoxications professionnelles (39 cas), on trouve :

- saturnisme 11 cas
- C.O. 6 cas
- électrocution 2 cas
- produits divers 22 cas

(solvants, trichlorethylène, bromure de méthyle, alcool méthylique, mercure, insecticides, vapeurs nitreuses etc...).

Les intoxications thérapeutiques sont rares (10 cas) et imputables, le plus souvent, à des erreurs de dosage dans les prises de médicaments (aspirine, optalidon, barbituriques divers, anticoagulants, Cortancyl etc...), erreurs se rencontrant surtout chez les femmes âgées.

=====

C H A P I T R E I I I

SEXE DES MALADES HOSPITALISES

La répartition exacte des malades selon les motifs d'hospitalisation et selon le sexe sont mis en évidence par le graphique n° 2.

Sur 5 958 admissions, les urgences médicales représentent 79 % de ces admissions avec 4 998 malades, les intoxications en représentent 21 % avec 1 260 malades (soit une moyenne quotidienne de 3,4 intoxications).

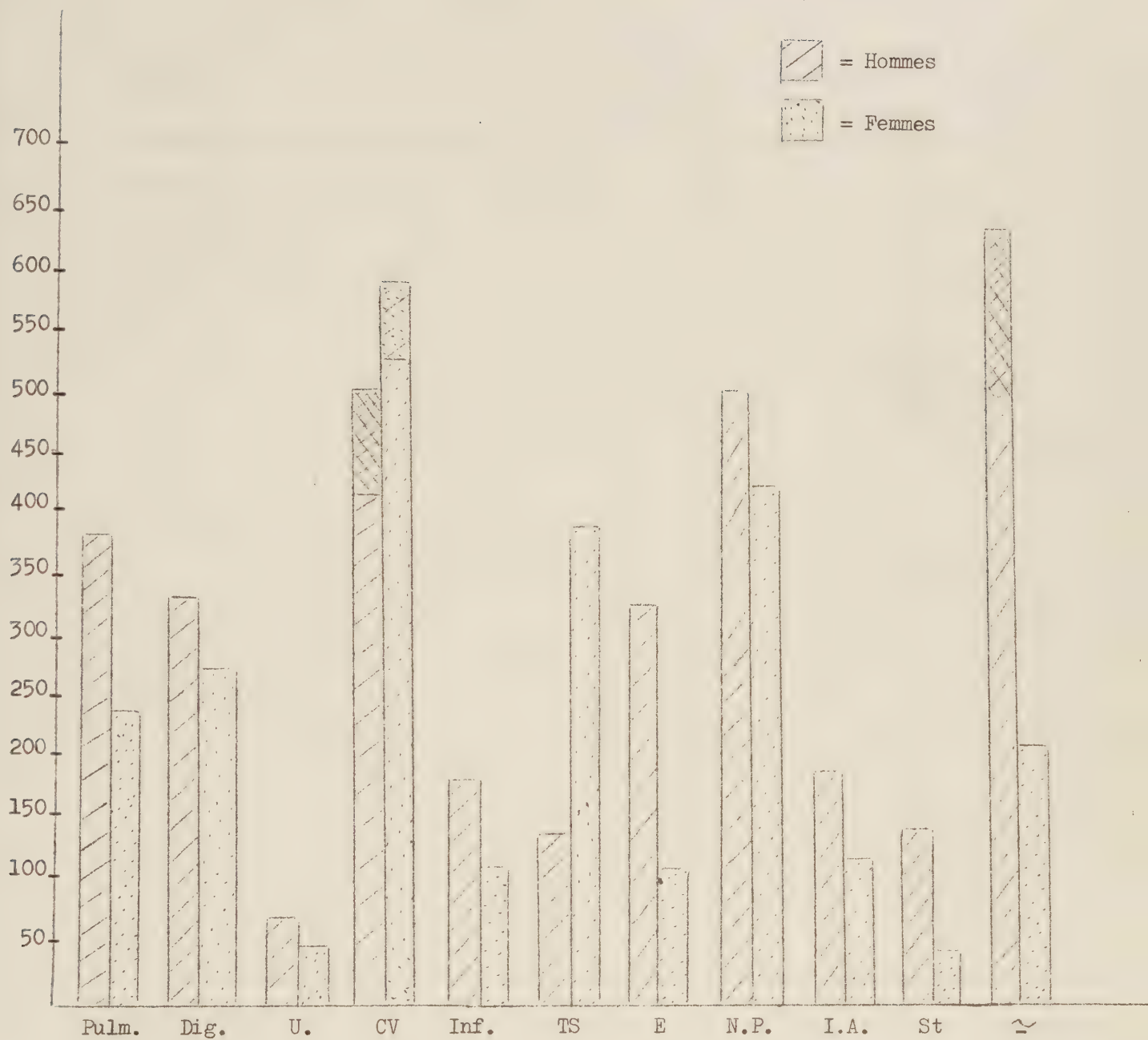
La répartition exacte des malades selon le motif d'hospitalisation est la suivante :

- Syndromes pulmonaires	625
- Syndromes digestifs et endocriniens	601
- Syndromes urinaires	109
- Syndromes cardio-vasculaires	1 098
- Maladies infectieuses et parasitaires	295
- Syndromes neuro-psychiatriques	928
- Expertises pour silicose	527
- Syndromes divers	328
- Intoxications volontaires	521
- Intoxications éthyliques	434
- Intoxications accidentelles et professionnelles	305

Nous voyons donc que les syndromes cardio-vasculaires sont les plus importants en nombre, suivis des syndromes neuro-psychiatriques, puis des syndromes pulmonaires et digestifs. Parmi les intoxications aiguës, les intoxications volontaires sont les plus nombreuses.

REPARTITION SELON LE SEXE.

Pour chaque sexe, nous trouvons la répartition suivante, toujours selon les motifs d'hospitalisation.



GRAPHIQUE N° II

SYNDROMES :	H O M M E S		F E M M E S	
	Nombre d'entrées	% par rapport au nombre total d'entrées hommes.	Nombre d'entrées	% par rapport au nombre total d'entrées femmes.
Pulmonaires	388	11,4 %	237	9,2 %
Digestifs et endocriniens	328	9,7 %	273	10,6 %
Cardio- vasculaires	504	14,8 %	594	23,2 %
Urinaires	63	1,8 %	46	1,7 %
Infectieux et parasitaires	179	5,2 %	116	4,5 %
Neuro- Psychiatriques	503	14,7 %	425	16,6 %
Stomatologiques	145	4,2 %	42	1,6 %
Expertises	500	14,7 %	27	1 %
Syndromes divers	140	4,1 %	188	7,2 %
Tentatives de suicide	138	4 %	383	14,9 %
Intoxications éthylques	325	9,5 %	109	4,2 %
Intoxications accidentelles & professionnelles	188	5,5 %	117	4,5 %
<u>TOTAL</u>	3 401		2 557	

Brièvement, il n'y a pas de grosses différences de répartition entre hommes et femmes, pour ce qui concerne les urgences médicales. Il en va autrement pour les intoxications.

Numériquement, les syndromes cardio-vasculaires viennent en tête, à la fois chez les hommes et les femmes. Cependant, ils sont plus fréquents chez les femmes : 594 cas sur 2 557 admissions féminines, soit 23,2 % des entrées, alors que l'on n'en compte que 504 cas sur 3 401 admissions masculines soit 14,8 % des entrées hommes. Par contre, la proportion est inversée en ce qui concerne les infarctus du myocarde : ils sont au nombre de 84 chez les hommes et 58 chez les femmes, résultats qui ne font que confirmer des notions connues. Cependant, nous trouvons une proportion de femmes plus forte que celle généralement admise de une femme pour quatre hommes (ici deux femmes pour trois hommes).

Chez les hommes, les syndromes pulmonaires (388 cas) sont plus fréquents que les syndromes digestifs et endocriniens (328 cas). Chez les femmes, c'est le phénomène inverse qui se produit avec une plus grande fréquence des syndromes digestifs et endocriniens (273 cas pour 237 syndromes pulmonaires).

Il faut noter l'importance des syndromes neuro-psychiatriques qui viennent en deuxième position après les syndromes cardio-vasculaires dans les deux sexes : 503 hommes et 425 femmes. Chez les hommes, en particulier, on dénombre pratiquement autant d'entrées neuro-psychiatriques que d'entrées cardio-vasculaires. Ceci a une importance capitale pour l'organisation matérielle du service, car il ne faut pas oublier l'état d'agitation psycho-motrice où se trouve la majorité des malades psychiatriques lors de leur admission : ils exigent donc un isolement, des soins rapides et une surveillance rigoureuse par un personnel ayant une formation psychiatrique. Ces conditions étant réunies, on obtient des résultats très satisfaisants, évitant dans beaucoup de cas l'internement psychiatrique, ainsi que nous le verrons dans l'étude des modes de sortie.

Compte tenu du nombre total d'entrées pour chaque sexe, les syndromes urinaires présentent une fréquence à peu près semblable dans les deux sexes : 63 cas pour les hommes (1,8 % des entrées), 46 cas pour

les femmes (1,7 % des entrées), ceci étant dû à la plus grande fréquence des coliques néphrétiques chez les femmes compensant partiellement les admissions masculines pour rétention d'urines d'origine prostatique.

De même, on ne note pas de grande différence pour les deux sexes dans la fréquence des maladies infectieuses et parasitaires : 179 hommes (5,2 % des entrées) et 116 femmes (4,5 % des entrées).

Dans la rubrique des syndromes divers, la proportion de femmes est importante (140 hommes soit 4,1 % des entrées et 188 femmes soit 7,2 % des entrées), femmes âgées pour la plupart, admises dans le service pour misère physiologique, terminologie qui recouvre en fait de véritables cas de misère sociale.

Enfin, il est évident qu'il fallait noter à part les très nombreux cas d'expertises médico-légales (500 hommes et 27 Femmes). Sur ces 527 cas, on compte une dizaine de cas au plus d'intoxications oxycarbonées professionnelles (celles-ci uniquement dans le cadre des expertises médico-légales, les intoxications aiguës professionnelles étant étudiées dans le cadre du "Centre-Poisons"). Tous les autres cas sont des silicoses : ce qui démontre bien le véritable fléau social que représente encore la silicose, malgré les progrès de la prévention technique et les efforts de la médecine du travail.

Dans le cadre du "Centre-Poisons", nous rappellerons d'abord la répartition globale des diverses intoxications :

- 521 tentatives de suicide = 41 % des entrées ;
- 434 intoxications éthyliques = 34,4 % des entrées ;
- 305 intoxications accidentelles
et professionnelles = 24,6 % des entrées.

Mais cette répartition est très différente dans les deux sexes.

- Les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes : sur 521 cas, 383 femmes et seulement 138 hommes, soit environ 3 femmes pour 1 homme. Cette forte proportion est en contradiction avec les statistiques déjà publiées. Mais, comme l'ont fait remarquer

MM. les Docteurs MICHAUD et VAUTERIN dans leurs précédentes analyses de l'activité du "Centre-Poisons", les statistiques classiques n'envisagent, le plus souvent, que les suicides proprement dits et non pas les tentatives de suicide. Or, à la lumière des travaux du Dr VAUTERIN, il apparaît nettement qu'il faut bien différencier les suicides des intoxications volontaires, dites tentatives de suicide, dont les fonctions fort diverses, en particulier la fonction d'appel, en font des actes pathologiques autres que celui du suicide où l'intention auto-destructive est manifeste. Une explication de cette forte proportion de femmes dans les tentatives de suicide peut certainement être trouvée dans les motivations de l'intoxication volontaire. Un autre fait qui doit être rapproché de cette constatation est que le nombre de femmes parmi les malades suicidants pour lesquels on n'a diagnostiqué aucune affection psychiatrique est particulièrement élevé.

- Les intoxications éthyliques aiguës au nombre de 434, comptent 325 hommes et 109 femmes, donc environ 3 hommes pour 1 femme, ce qui nous paraît cependant un pourcentage féminin plus élevé que l'on ne s'y attendait. Cependant, parmi les cas féminins, en grande majorité ivresses aiguës, les cas de delirium tremens sont rares.

- Parmi les intoxications accidentelles et professionnelles, on compte 188 hommes et 117 femmes. Mais alors que sur 39 cas d'intoxications professionnelles, on compte 36 hommes, sur 10 cas d'intoxications thérapeutiques, on compte 8 femmes. La fréquence des intoxications accidentelles par le C.O. ou absorption de produits chimiques est à peu près identique dans les deux sexes. Les intoxications alimentaires sont plus fréquentes chez les hommes (19 hommes, 6 femmes) ainsi que les accidents divers (insolations, noyades, piqûres de guêpes etc...).

C H A P I T R E I V

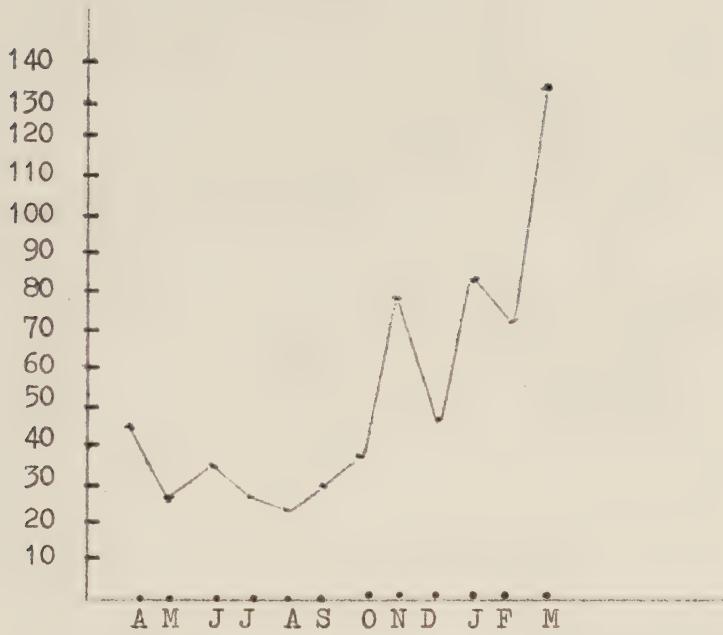
REPARTITION DES HOSPITALISATIONS SELON LES MOIS DE L'ANNEE

Le graphique n° 1, au début de cet exposé, étudiait pour chaque sexe les variations du nombre d'entrées suivant les mois de l'année. Il est intéressant d'étudier ces variations pour chaque groupe de syndromes et d'intoxications.

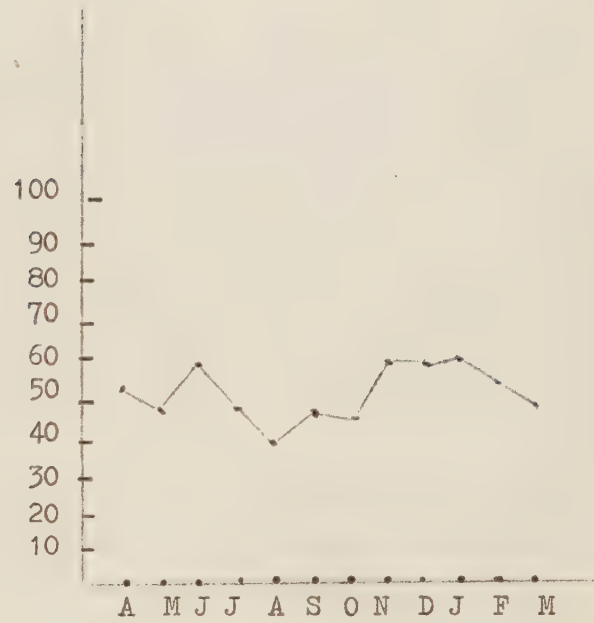
En ce qui concerne les syndromes médicaux, deux catégories d'entre eux ne subissent aucune variation caractéristique au cours de l'année. Ce sont d'une part les syndromes digestifs et endocriniens, d'autre part les syndromes neuro-psychiatriques. Tout au plus peut-on noter une diminution légère du nombre de syndromes digestifs d'août à octobre qui correspond aux mois où l'on enregistre les nombres totaux d'admissions les plus faibles. La courbe d'entrées pour syndromes neuro-psychiatriques présente des irrégularités peu significatives, le nombre d'entrées oscillant toujours autour de quatre-vingt par mois ; on peut enregistrer, cependant, deux sommets plus nets, l'un en avril avec quatre-vingt-onze entrées, l'autre en janvier avec quatre-vingt-dix-sept entrées (soit une moyenne au cours de ces deux mois de plus de trois entrées neuro-psychiatriques par jour).

La courbe des syndromes cardio-vasculaires montre un abaissement très net du nombre d'entrées de juin à octobre. Elle montre d'une part trois sommets : le premier en mai avec cent-trois entrées qui correspond également à un nombre élevé d'infarctus du myocarde, le deuxième en décembre avec cent-dix-huit entrées, le troisième en mars avec cent-vingt-deux entrées. Par contre, on compte le plus grand nombre d'infarctus du myocarde en février (vingt-deux cas). Il faut noter que le mois de septembre, souvent considéré comme particulièrement néfaste aux porteurs d'affections cardiaques en raison des variations barométriques, enregistre dans notre statistique le nombre le plus faible d'entrées pour syndromes cardio-vasculaire (soixante-huit cas dont huit infarctus).

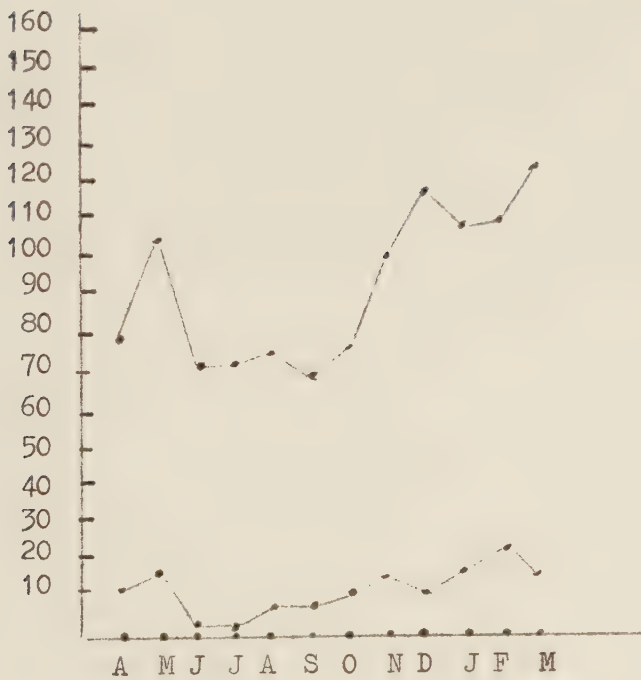
Les courbes d'entrées des syndromes pulmonaires d'une part, des syndromes infectieux d'autre part, sont les plus caractéristiques de l'influence des saisons. Le nombre d'entrées pulmonaires, qui reste très bas pendant les mois d'été de mai à octobre, augmente très rapidement dès novembre pour atteindre un nombre record d'entrées en mars : cent-trente-deux cas en mars, contre vingt-deux en août, chiffre le plus bas de l'année.



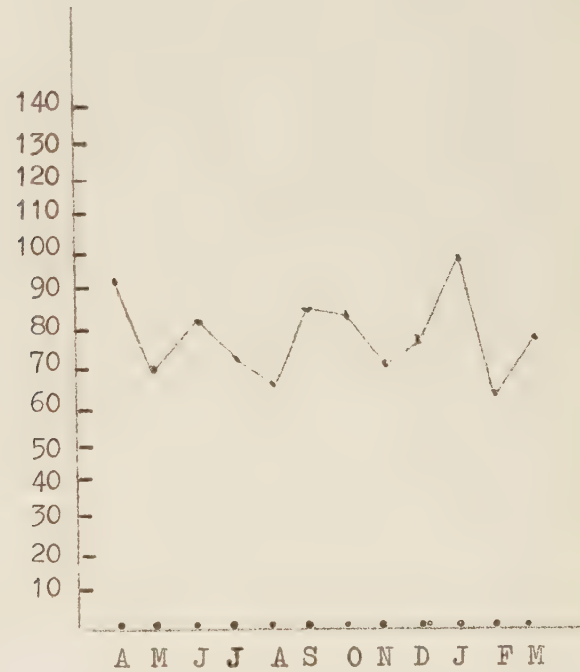
Syndromes pulmonaires



Syndromes digestifs et endocriniens



Syndromes cardio-vasculaires.



Syndromes Neuro-Psychiatriques.

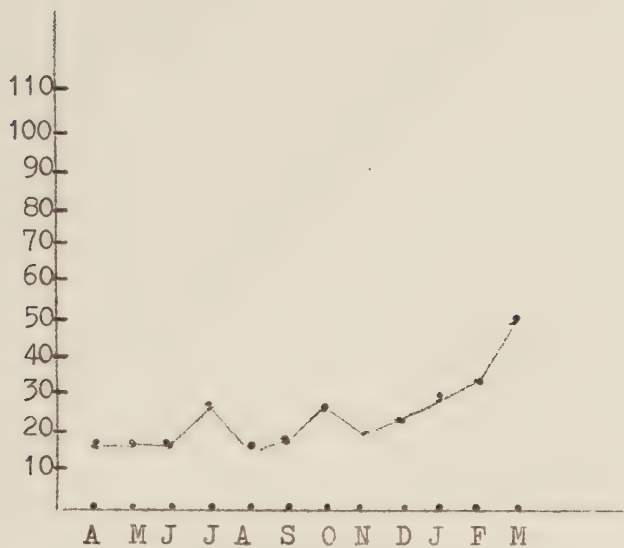


La courbe des syndromes infectieux suit une évolution parallèle : il faut noter d'ailleurs que l'augmentation hivernale du nombre de maladies pulmonaires porte essentiellement sur les pneumopathies aiguës infectieuses.

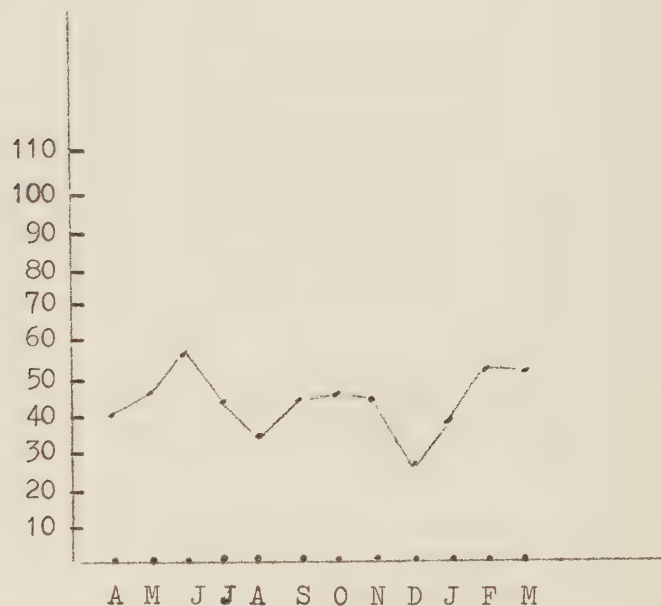
En ce qui concerne les intoxications, on note tout d'abord la régularité des entrées pour intoxications éthyliques qui ne présentent absolument aucune fluctuation au cours des saisons : il n'existe pas de saisons pour les alcooliques.

Le nombre de tentatives de suicide ne présente pas de variations vraiment saisonnières, les mois où l'on enregistre les taux les plus faibles d'entrées étant respectivement août et décembre. Cependant, il faut noter que le plus grand nombre de tentatives de suicide a été observé en juin, augmentation portant essentiellement sur des sujets jeunes de quinze à vingt-cinq ans, ceci étant sans doute en relation avec la fin de la période scolaire.

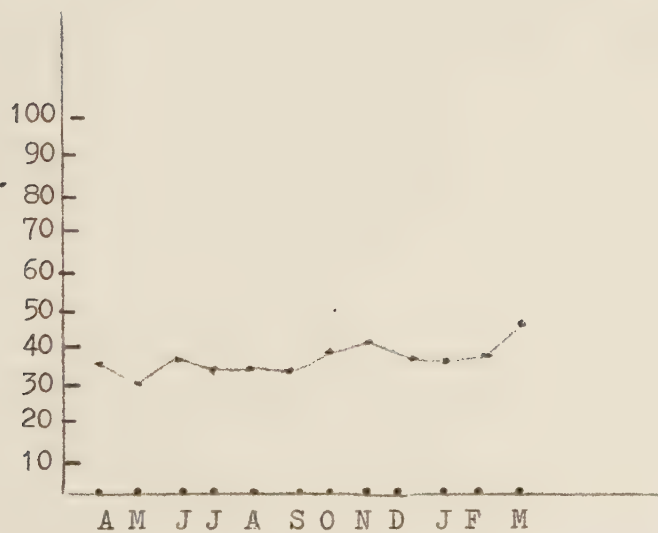
Les intoxications accidentelles sont, elles, beaucoup plus fréquentes en hiver qu'en été, ceci se passant d'explication lorsque l'on sait que cette augmentation hivernale porte uniquement sur les intoxications au C.O. Il faut noter une augmentation passagère du nombre d'intoxications accidentelles en juin imputable à un certain nombre de noyades et d'insolation. D'autre part les intoxications alimentaires semblent relativement plus fréquentes pendant les mois d'été.



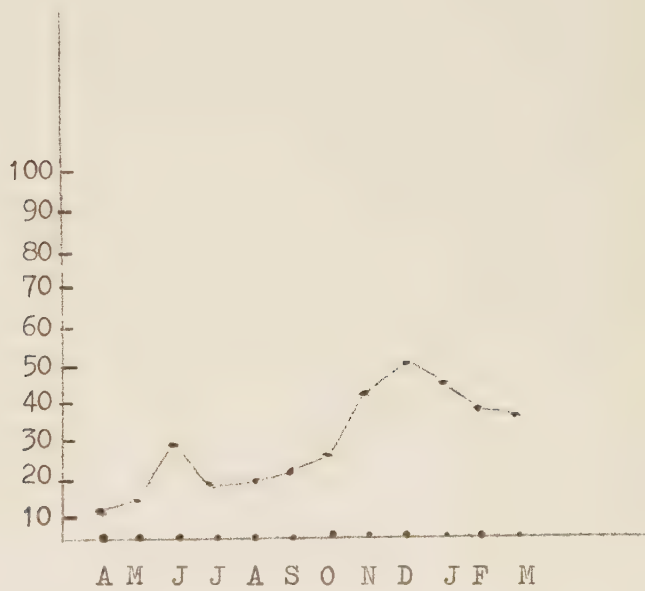
Syndromes infectieux et parasitaires



Tentatives de suicide



Intoxications éthyliques



Intoxications accidentelles

C H A P I T R E V

ETUDE STATISTIQUE DE L'AGE DES MALADES

Nous avons schématiquement différencié les malades selon quatre tranches d'âges :

- les malades âgés de seize à vingt ans : théoriquement, les enfants de moins de seize ans devraient tous être admis en pédiatrie. En fait, on a admis dans le service plusieurs cas de jeunes malades de moins de seize ans, tous pour intoxications aiguës (le plus jeune, onze ans, pour intoxication alimentaire simultanément avec d'autres membres de sa famille ; le plus jeune cas de tentative de suicide étant une fillette de treize ans) ;

- les malades âgés de vingt à quarante ans ;
- les malades âgés de quarante-et-un à soixante ans ;
- les malades âgés de plus de soixante ans.

Un certain nombre de cas échappe à cette statistique : 119 hommes et 72 femmes, pour lesquels l'âge n'était point connu.

Le détail de cette étude portant sur l'âge des malades est exposé dans les tableaux n° 3 et n° 4.

Si l'on considère ensemble les deux sexes, on trouve les résultats suivants :

- malades de moins de 21 ans = 345 = 6 % des cas ;
- malades de 21 à 40 ans = 1 728 = 30 % des cas ;
- malades de 41 à 60 ans = 1 724 = 30 % des cas ;
- malades de plus de 60 ans = 1 970 = 34 %.

Dès maintenant on peut remarquer la prédominance des malades les plus âgés. Mais, si l'on considère chaque sexe séparément, on note des différences non négligeables dans la répartition des malades selon l'âge.

HOMMES	Pulm.	Di.g.	U	C.V.	I.M.	Inf. Parasit.	T.S.	Ethyl.	Neuro- Psych.	I.A.	St.	Divers.	TOTAL
0 à 20 ans	10	9		4		24	13	3	36	17	32	5	153
21 à 40 ans	138	100	19	27	4	108	85	109	233	87	70	133	1113
41 à 60 ans	119	119	16	150	30	29	24	156	158	40	22	287	1150
+ de 60 ans	113	99	29	227	47	16	9	46	62	25	14	180	866
Age non connu	8	1		12	3	2	7	11	14	19	7	35	119
<u>TOTAL</u>	380	328	63	420	84	179	138	328	503	188	145	640	3401

TABLEAU N° 3

FEMMES	Pulm.	Dig.	U	C.V.	I.M.	Inf. Parasit.	T.S.	Ethyl.	Neuro- Psych.	I.A.	St	-
Moins de 20 Ans	7	4	3	4		11	95	1	36	15	11	5 = 192
21 à 40 ans	38	44	15	29		38	178	16	172	36	19	30 = 615
41 à 60 ans	45	69	11	102	13	27	68	56	104	19	9	51 = 574
Plus de 60 ans	143	147	16	386	45	37	31	32	107	39	2	119 = 1104
Age non connu	4	9	1	15		3	11	4	6	8	1	10 = 72
<u>TOTAL :</u>	237	273	46	536	58	116	383	109	425	117	42	215
					<u>2 557</u>	<u>entrées</u>						

TABLEAU N° 4

A G E	H O M M E S		F E M M E S	
	Nombre de malades	% par rapport au nombre total d'hommes	Nombre de malades	% par rapport au nombre total des femmes
Moins 21 ans	153	4,6 %	192	7,7 %
De 21 à 40 ans	1 113	33,9 %	615	24,7 %
De 41 à 60 ans	1 150	35 %	574	23 %
Plus de 60 ans	866	26,5 %	1 104	44,6 %

Le plus grand nombre d'hommes admis dans le service sont âgés de 21 à 60 ans alors que le plus grand nombre de femmes sont âgées de plus de 60 ans et représentent près de la moitié des entrées féminines.

On remarque qu'il n'y a pratiquement pas de différence entre le nombre de malades âgés de 21 à 40 ans et celui de malades âgés de 41 à 60 ans, quel que soit le sexe, ce qui contraint à penser que cette division à 40 ans est assez arbitraire.

Les femmes sont donc majoritaires dans les deux tranches extrêmes d'âge (moins de 21 ans et plus de 60 ans) alors qu'elles sont deux fois moins nombreuses que les hommes entre 21 et 60 ans.

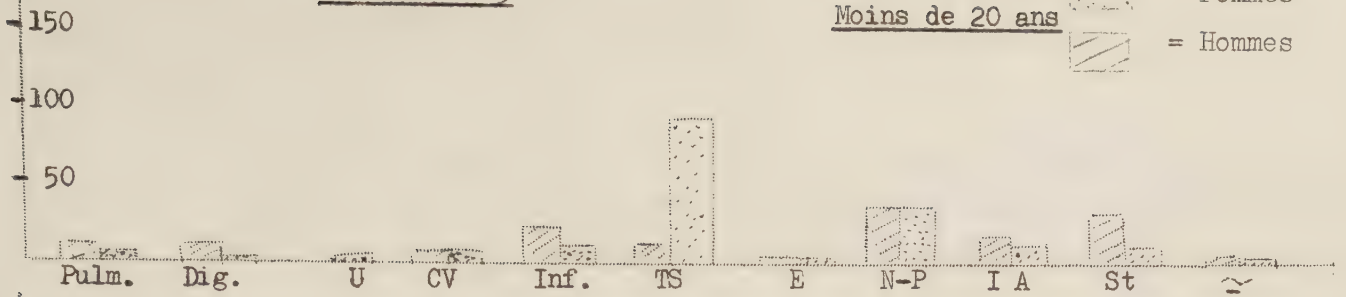
Pour mieux comprendre ces différences de répartition, il faut les étudier en fonction des syndromes motivant l'hospitalisation pour chaque tranche d'âge et pour chaque sexe, ce qui est mis en évidence dans les graphiques du tableau n° 5.

Deux faits s'imposent tout d'abord : d'une part, l'augmentation avec l'âge des entrées pour syndromes médicaux, particulièrement nette pour les syndromes cardio-vasculaires, exception faite des syndromes

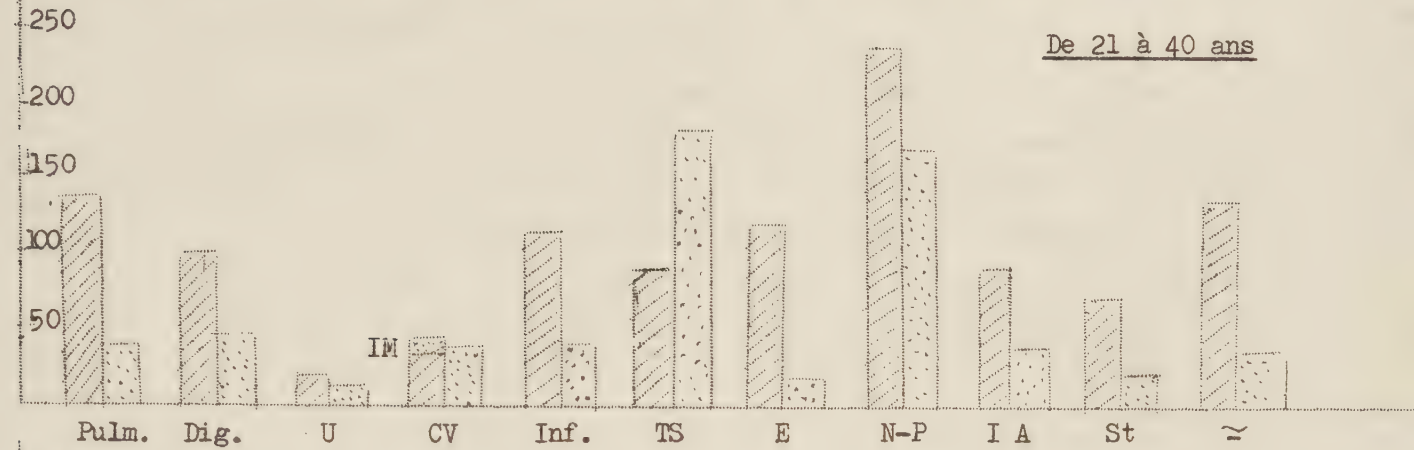
TABEAU N° 5

Moins de 20 ans

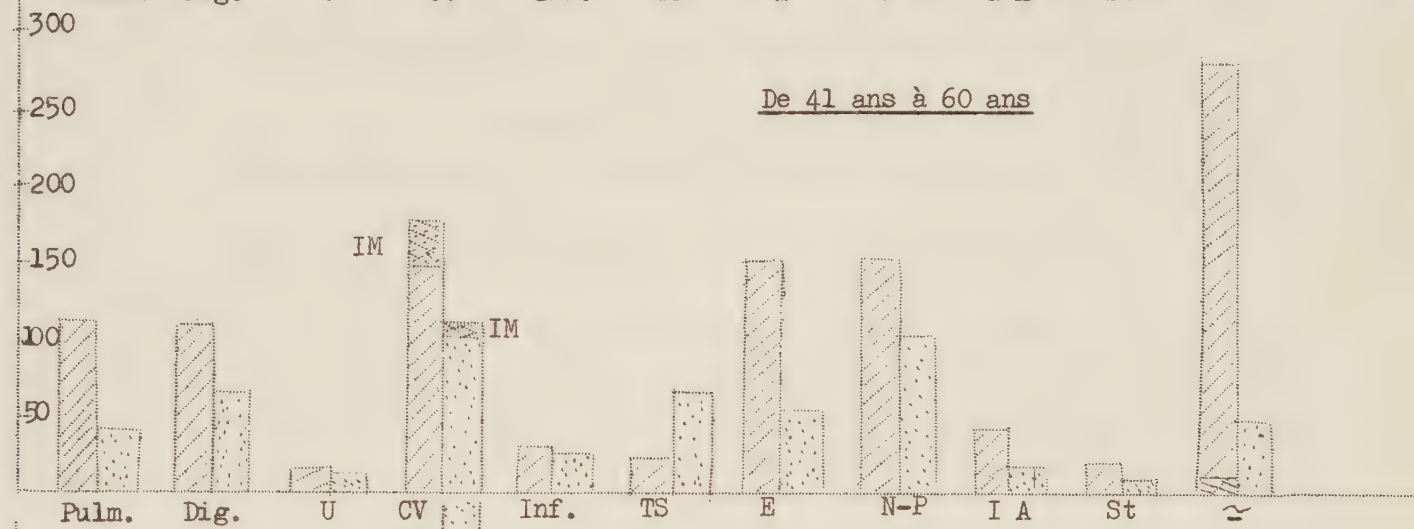
▨ = Femmes
▧ = Hommes



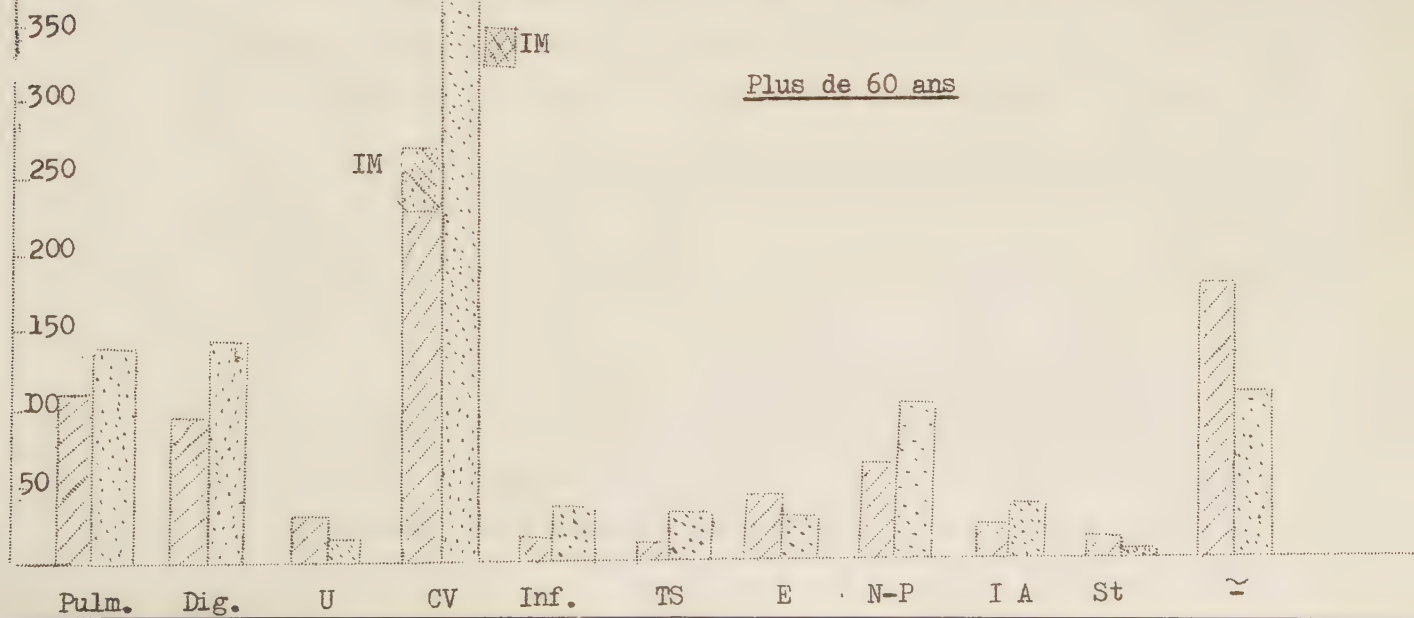
De 21 à 40 ans



De 41 ans à 60 ans



Plus de 60 ans



neuro-psychiatriques qui, eux, diminuent de fréquence avec l'âge ; d'autre part, la diminution avec l'âge des entrées pour intoxications éthyliques qui marquent un sommet de fréquence entre 41 et 60 ans.

- Malades âgés de moins de 21 ans :

Nous voyons immédiatement que la différence du nombre d'entrées entre hommes et femmes porte essentiellement sur le nombre de tentatives de suicide. En effet, on compte 95 T.S. féminines pour 13 T.S. masculines. Les intoxications volontaires au nombre de 108 représentent 31,3 % des entrées, donc le motif d'hospitalisation le plus fréquent, suivi des syndromes neuro-psychiatriques avec 72 entrées (36 hommes et 36 femmes) soit 20,8 % des entrées.

Il faut également noter la relative fréquence des intoxications accidentelles (17 hommes et 15 femmes) soit 9,2 % des entrées.

Il en résulte que la majorité des malades de moins de 21 ans admis dans le service le sont pour intoxications aiguës.

- Malades âgés de 21 à 40 ans :

Les deux syndromes dominants restent d'une part, les syndromes neuro-psychiatriques qui se placent là en premier avec 405 entrées (233 hommes et 172 femmes), soit 23,4 % des entrées de cet âge ; d'autre part, les intoxications volontaires avec 263 entrées (85 hommes et 178 femmes).

Parmi les syndromes médicaux, il faut noter la fréquence des syndromes pulmonaires chez les hommes (138 hommes pour 38 femmes), ainsi que la fréquence des maladies infectieuses toujours chez les hommes.

Les syndromes cardio-vasculaires sont peu importants en nombre (31 hommes et 29 femmes) ; mais, alors qu'il n'y a aucun cas d'infarctus du myocarde chez les femmes, on en a constaté quatre cas chez les hommes, ce qui confirme les notions classiques.

Le maximum de fréquence des intoxications accidentelles et professionnelles se situe entre 21 et 40 ans (87 hommes et 36 femmes), peut être dû à l'inexpérience ménagère ou professionnelle et au fait que, dans l'industrie, on n'expose à des postes à risque toxique que des sujets

n'ayant aucune tare physiologique, donc jeunes le plus souvent.

Malheureusement, les intoxications éthyliques, qui elles ne peuvent être excusées par l'inexpérience, sont encore plus nombreuses que les intoxications accidentelles et professionnelles (109 hommes et 16 femmes).

- Malades âgés de 41 à 60 ans :

Les plus nombreux sont les sujets silicotiques admis pour expertise médico-légale : on en compte 280 âgés de 41 à 60 ans sur les 527 sujets admis pour expertise, ce qui montre bien le retentissement social de la silicose, maladie invalidante qui atteint, le plus souvent, des sujets jeunes en pleine activité professionnelle.

A partir de 40 ans, les syndromes cardio-vasculaires prennent une place prépondérante parmi les syndromes médicaux : on compte 295 malades cardio-vasculaires, dont 180 hommes et 115 femmes, environ 3 hommes pour 2 femmes. Avant 60 ans. D'autre part, on constate 30 infarctus du myocarde chez les hommes pour 13 cas chez les femmes, soit environ 1 femme pour 3 hommes, alors que nous avons vu que, pour l'ensemble des malades, sans considération d'âge, la proportion était de 2 femmes pour 3 hommes.

Pour tous les syndromes médicaux, on trouve toujours un nombre plus important d'hommes que de femmes (de même qu'entre 21 et 40 ans). L'écart est très net pour les syndromes pulmonaires et digestifs : les syndromes pulmonaires sont toujours fréquents chez les hommes (119 hommes pour 45 femmes). Les accidents aigus digestifs (hémorragies le plus souvent) trouvent, chez les hommes, leur maximum de fréquence entre 41 et 60 ans (119 hommes - 69 femmes).

Les syndromes urinaires sont paradoxalement moins fréquents dans les deux sexes, de 41 à 60 ans que de 21 à 40 ans. De 21 à 40 ans, on compte 19 hommes et 15 femmes, de 41 à 60 ans : 16 hommes et 11 femmes.

Les syndromes neuro-psychiatriques ne représentent plus que 15 % des entrées avec 262 admissions (158 hommes - 104 femmes) contre 23 % entre 21 et 40 ans avec 405 admissions. Ceci est difficilement explicable car, si l'on sait bien que tous les grands syndromes psychiatriques débutent

le plus souvent avant 40 ans, on connaît bien également leurs rechutes ou leur aggravation après 40 ans. La diminution du nombre d'entrées au service d'urgence est peut-être due à leur envoi direct à l'hôpital psychiatrique en tant que malades déjà connus.

Parmi les intoxications aiguës, on assiste à une chute très nette du nombre d'intoxications volontaires : 92 dont 24 hommes et 68 femmes et, par contre, à une augmentation du nombre d'intoxications éthyliques : 212 cas (156 hommes et 56 femmes). Ce dernier fait s'explique par la moindre résistance, le début de la déchéance physiologique de l'alcoolique chronique.

Les intoxications accidentelles et professionnelles sont au nombre de 59 (40 hommes et 19 femmes), donc deux fois moins fréquentes qu'entre 21 et 40 ans.

- Malades âgés de plus de 60 ans :

Au-dessus de 60 ans, on assiste, ainsi que nous l'avons déjà remarqué, à l'inversion des proportions du nombre d'entrées entre hommes et femmes. En effet, dans toutes les catégories de syndromes, les femmes sont en plus grand nombre que les hommes, sauf dans les trois catégories suivantes : les syndromes urinaires (ce qui est facilement compréhensible étant donné la fréquence des accidents prostatiques du vieillard), les intoxications éthyliques (ce qui ne mérite pas de commentaires) et les syndromes divers où l'on compte encore un grand nombre d'expertise pour silicose.

Le phénomène le plus remarquable, en complet accord avec toutes les statistiques, est la grande fréquence des accidents cardio-vasculaires. En effet, ceux-ci représentent, avec 705 cas, 35,7 % des entrées, donc plus du tiers des malades de plus de 60 ans. D'autre part, sur ces 705 malades, on compte 431 femmes pour 274 hommes : ceci semble difficilement explicable par le seul fait de la plus grande longévité féminine, bien que l'on constate un nombre important de femmes de plus de 80 ans pour un nombre infime d'hommes de cet âge là. Autre fait à noter : le nombre d'infarctus du myocarde est sensiblement égal dans les deux sexes : 47 hommes et 45 femmes.

Les syndromes pulmonaires prennent une importance considérable chez les femmes avec 143 entrées (38 cas de 21 à 40 ans - 45 cas de 41 à 60 ans) ; de même que les syndromes digestifs avec 147 entrées (44 de 21 à 40 ans - 69 cas de 41 à 60 ans).

Les syndromes infectieux présentent, toujours chez la femme, une relative importance avec 37 cas : il s'agit le plus souvent de grippe, dont on connaît la particulière gravité chez le vieillard.

La baisse des entrées pour syndromes neuro-psychiatriques se confirme ici, mais uniquement pour les hommes (62 hommes et 107 femmes).

Parmi les intoxications aiguës, on remarque tout de suite le petit nombre de tentatives de suicide : 40 cas (31 femmes et 9 hommes) presque tous dans le cadre d'une affection psychiatrique. Le grand nombre de tentatives de suicide chez les jeunes, en regard de leur rareté chez les sujets âgés nous semble être un problème particulièrement important.

Les intoxications éthyliques sont, elles aussi, bien moins fréquentes qu'avant 60 ans, les sujets alcooliques atteignant rarement un âge avancé. Sur les 78 cas d'intoxications éthyliques, la proportion de femmes est considérable (32 femmes pour 46 hommes). On serait tenté de penser qu'à un âge avancé, les femmes oublient plus facilement les tabous sociaux et font plus appel à l'alcool qu'aux produits médicamenteux pour se détruire.

A l'inverse des autres intoxications aiguës, les intoxications accidentelles sont plus fréquentes après 60 ans (64 cas) que de 40 à 60 ans (59 cas), et les femmes y sont plus particulièrement exposées : 39 femmes pour 25 hommes. La majorité de ces intoxications chez les gens âgés sont des intoxications oxycarbonées, dont l'origine doit être recherchée dans les moyens de chauffage défectueux (vieux poêles en mauvais état, gaine de cheminée unitaire pour plusieurs appareils de chauffage, etc...). Cette exposition particulière des personnes âgées aux intoxications au C.O. est d'autant plus redoutable que le facteur âge augmente la gravité de ces intoxications.

Parmi les syndromes divers, on trouve toujours un grand nombre d'hommes, dont une centaine pour silicose. La majorité des autres malades (hommes et femmes) sont admis dans le service pour des causes sociales rendant une hospitalisation transitoire nécessaire avant le placement en hospice.

Après cette analyse statistique de la répartition des malades selon les motifs d'hospitalisation, le sexe et l'âge, il nous paraît maintenant intéressant d'étudier la durée de séjour des malades dans le service, afin de mettre en évidence l'organisation même du service médical d'urgence.

=====

C H A P I T R E V I

ETUDE DE LA DUREE DE SEJOUR

Pour l'ensemble des malades, sans différencier les syndromes médicaux d'urgence et les intoxications, nous obtenons les résultats suivants :

- Durée de séjour = 1 jour	= 3 653 malades = 61,6 %
- " " " = 2 jours	= 971 malades = 16,3 %
- " " " de 3 à 5 jours	= 906 malades = 15,2 %
- " " " de 6 à 10 jours	= 270 malades = 4,5 %
- " " " de 11 à 20 jours	= 150 malades = 1,7 %
- " " " de plus de 20 jours	= 19 malades = 0,7 %

(Voir tableau n° 6)

Ces résultats sont très éloquents et donnent une image exacte de l'activité du service. Environ 93 % des malades demeurent moins de 6 jours dans le service et 61,6 % n'y séjournent que 24 heures ou moins. Ceci met en évidence le principe même du service médical d'urgence créé afin d'accueillir et de traiter, dans les meilleures conditions, tous les syndromes médicaux d'urgence aux heures où les autres services de l'hôpital ne disposent pas du personnel médical nécessaire pour des soins rapides. Le lendemain de leur admission, la majorité de ces malades sont répartis dans les différents services de l'hôpital, services de médecine générale ou services spécialisés suivant l'affection en cause.

Cependant, il importe d'étudier séparément d'une part les malades du service médical d'urgence proprement dit, d'autre part les malades du Centre de Pathologie Toxique : ces derniers malades séjournent en effet dans le service jusqu'à guérison complète de leur intoxication. Si ils présentent éventuellement des séquelles, ils seront alors envoyés dans un service spécialisé.

Nous avons donc établi cette statistique portant sur la durée de séjour en fonction des motifs d'hospitalisation : le détail de cette statistique est exposé dans le tableau n° 7.

Avant de comparer la durée de séjour pour les malades du service médical d'urgence d'une part, les malades du Centre de Pathologie Toxique

TABLEAU N° 6



Durée de séjour

d'autre part, nous allons étudier séparément les statistiques portant sur trois catégories de malades que l'on ne pourrait qu'arbitrairement faire entrer dans les statistiques du service médical d'urgence, leur séjour dans le service n'obéissant point aux mêmes principes que pour les autres malades. Ce sont les malades de neuro-psychiatrie, de stomatologie et les sujets admis en vue d'expertise médico-légale.

En consultant le tableau d'ensemble (tableau n° 7), nous voyons que la majorité des malades entrant pour une expertise séjournent de deux à cinq jours dans le service (217 séjournent 2 jours, 251 séjournent de 3 à 5 jours). Leur séjour n'est motivé que par la mise en oeuvre d'examen particuliers se pratiquant dans le cadre du service du Professeur ROCHE.

Pour les malades de neuro-psychiatrie, les durées de séjour sont les suivantes :

- 1 jour	=	494 malades	=	53,4 %	des cas
- 2 jours	=	180 malades	=	19,4 %	" "
- 3 à 5 jours	=	192 malades	=	20,7 %	" "
- plus de 5 jours	=	59 malades	=	6,5 %	" "

Il y a donc un nombre important de malades séjournant de 3 à 5 jours, contrairement à ce qui se passe pour les autres malades du service médical d'urgence. Ceci s'explique facilement par le fait que l'état d'agitation de certains malades psychiatriques nécessite plusieurs jours de traitement avant que l'on puisse les confier à un autre service. L'un des buts majeurs du service médical d'urgence étant d'éviter le plus souvent possible l'internement en hôpital psychiatrique, il est évident que le traitement de ces malades se prolongera plusieurs jours avant qu'une telle décision soit prise. Il convient de remarquer, dès à présent, que les internements seront peu nombreux et que les moyens thérapeutiques mis à la disposition de ces malades permettent d'obtenir des améliorations très rapides puisque l'on ne compte que 59 malades ayant séjourné plus de 5 jours, dont 43 moins de 10 jours.

Hommes + Femmes	Pulm.	Dig.	U.	C.V.	I.I.	Inf.	T.S.	E.	N.P.	I.A.	St.	Exper.	TOTAUX
1 jour	524	523	89	736	120	236	160	262	494	148	30	332	3 654
2 jours	70	48	14	121	16	35	122	54	180	61	23	227	971
3 à 5 jours	23	20	6	64	2	16	154	65	192	53	55	256	906
6 à 10 jours	4	3	3	25	3	4	63	26	43	35	39	22	270
11 à 20 jours	3	1	2	4	1	2	17	24	15	11	31	2	105
Plus de 20 jours	1	3	0	2	0	1	4	2	1	0	4	1	19
	8	0	0	5	0	3	1	2	4	2	7	1	33

Tableau n° 7

Les malades neuro-psychiatriques dont l'état est, dès l'arrivée, compatible avec l'organisation du service spécialisé de l'Hôpital Edouard Herriot ne séjournent que 24 heures dans le service médical d'urgence, de façon similaire aux autres malades médicaux.

D'autre part, il faut noter, parmi les 494 malades ne séjournant que 24 heures, un nombre important de malades comitiaux amenés à l'hôpital lors d'une manifestation publique de leur maladie et dont l'état déjà connu et traité ne nécessite pas le prolongement de leur séjour à l'hôpital.

Les malades de stomatologie n'entrent qu'artificiellement dans les statistiques du service médical d'urgence selon la convention passée avec le service voisin de stomatologie, ainsi que nous l'avons déjà expliqué. Ces malades séjournent donc dans le service pour toute la durée de leur traitement, ce qui explique les résultats suivants :

- séjour de 1 jour	=	30 malades ;
- séjour de 2 jours	=	23 malades ;
- séjour de 3 à 5 jours	=	55 malades ;
- séjour de 6 à 10 jours	=	39 malades ;
- séjour de 11 à 20 jours	=	31 malades ;
- séjour de plus de 20 jours	=	4 malades.

Une fois ces trois catégories de malades mis à part, nous pouvons comparer valablement les durées de séjour des malades du Service médical d'urgence et celles des malades du Centre de Pathologie Toxique.

Nous obtenons les résultats suivants :

DUREE	SERVICE MEDICAL D'URGENCE		CENTRE DE PATHOLOGIE TOXIQUE	
	Nombre absolu	% par rapport au nombre total de malades du S.M.U.	Nombre absolu	% par rapport au nombre total de malades du C.P.T.
1 jour	2 513	82,7 %	569	45,1 %
2 jours	314	10,3 %	237	18,8 %
3 à 5 jours	136	4,5 %	272	21,5 %
6 à 10 jours	52	1,7 %	124	9,8 %
11 à 20 jours	14	0,5 %	52	4,1 %
Plus de 20 jours	8	0,3 %	6	0,7 %

Ces résultats démontrent clairement les conceptions différentes des deux parties du service.

Plus de 8 malades du Service médical d'urgence sur 10 ne séjournent que 24 heures et ne reçoivent là que les soins d'urgence. Ce roulement rapide de la majorité des malades assure donc chaque jour un nombre suffisant de lits disponibles pour les nouvelles admissions. Un petit nombre de ces malades médicaux séjourne plus longtemps, soit que les services où l'on doit les transférer ne puissent les admettre immédiatement du fait de leur encombrement, soit que leur état particulièrement grave nécessite une surveillance médicale spécialement soutenue 24 heures sur 24, ce qui est réalisé au mieux dans le service médical d'urgence où toute les techniques de diagnostic et de réanimation peuvent être appliquées sans retard à n'importe quelle heure.

22 malades ont séjourné plus de 10 jours dans le Service.

- 9 ont été traités dans le service jusqu'à leur sortie définitive. Ce sont : 4 comas diabétiques, 2 gripes, 1 cas d'insuffisance cardiaque, 1 phlébite du membre inférieur, 1 méningite purulente.

- 3 sont décédés : 1 coma hépatique au bout de 24 jours, 1 coma d'origine vasculaire au bout de deux mois, 1 pneumopathie infectieuse chez un vieillard au bout de onze jours.

- 3 malades de l'hôpital psychiatrique du Vinatier (1 coma diabétique, 1 infarctus du myocarde, 1 congestion pulmonaire) ont été soignés jusqu'à guérison complète dans le service puis réadmis au Vinatier.

- 7 autres malades pulmonaires ou cardio-vasculaires ont séjourné de onze à vingt jours pour des raisons diverses, puis ont été envoyés dans d'autres services de médecine générale de l'hôpital.

Pour ce qui concerne les malades du Centre de pathologie toxique, il est normal de trouver une moyenne de durée de séjour plus longue que pour les malades du Service médical d'urgence. Cependant, en examinant les résultats de notre statistique, on est étonné par le grand nombre de malades n'ayant séjourné que 24 ou 48 heures dans le service (806 cas), sachant que tous les malades admis au Centre de Pathologie toxique ne peuvent le quitter que complètement guéris de l'intoxication en cause. Le terme "intoxication aigue" évoque d'emblée un tableau clinique grave. Il est de fait que les troubles de la conscience accompagnent pratiquement, dans tous les cas, une agression toxique, troubles de la conscience allant d'un simple état de somnolence ou d'obnubilation au coma toxique avec troubles respiratoires et collapsus cardio-vasculaire. Or, nous constatons que 45,1 % des malades admis pour intoxication ne séjournent que 24 heures, et 40,3 % n'ont séjourné que de 2 à 5 jours, donc une durée moyenne d'hospitalisation peu élevée.

Afin d'avoir une vue plus exacte de ce phénomène, il faut étudier les trois sortes d'intoxications séparément (voir tableau n° 8).

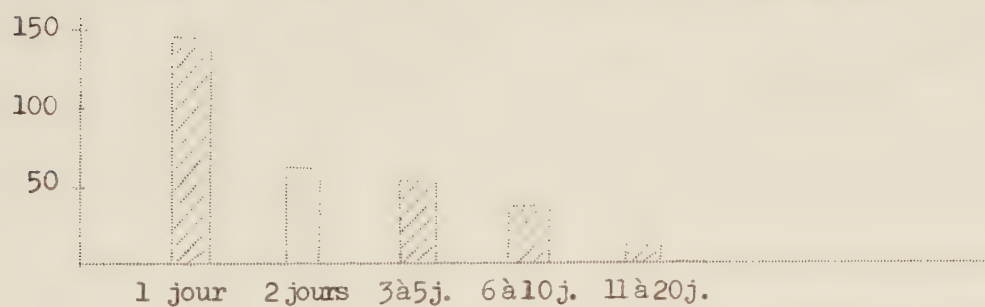
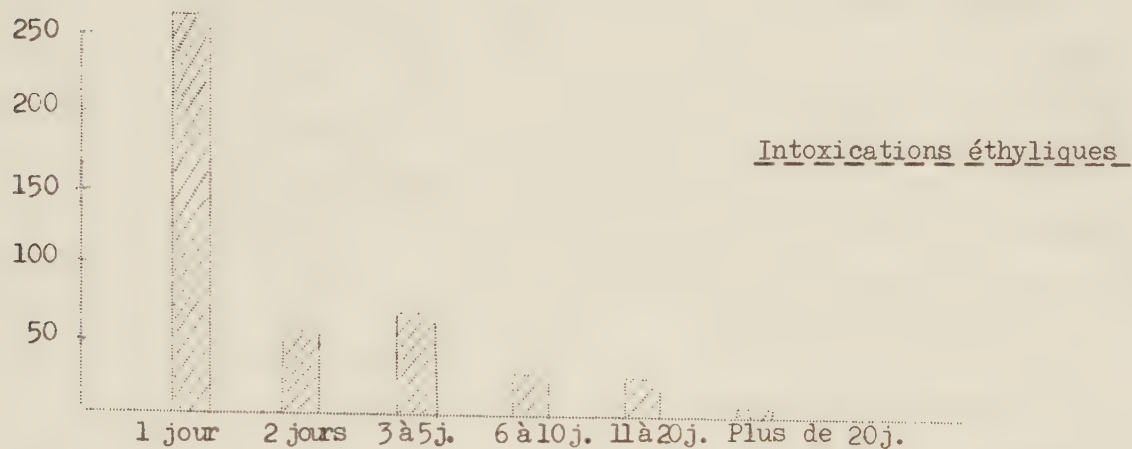
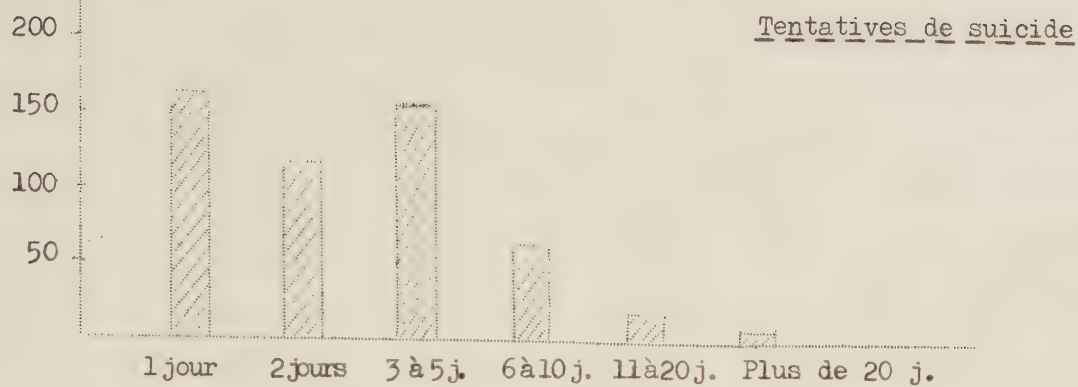


TABLEAU N° 8

Les tentatives de suicide qui par leur nombre dominant l'activité du Centre de Pathologie toxique sont également les intoxications qui requièrent en moyenne le temps le plus long d'hospitalisation. Cependant, 436 malades (soit 83,8 % des cas) ont séjourné moins de six jours dans le service, et parmi ceux-ci 160 malades (soit 30,7 % des cas) n'ont séjourné que 24 heures. Donc, la grande majorité des intoxications volontaires ne nécessite que de courtes hospitalisations et l'on peut apporter deux explications à ce fait. La première est la bénignité des moyens employés, soit que le but suicidaire n'ait point été très ferme, soit que l'efficacité des produits employés ait été surestimée. Cependant, d'après les statistiques des Docteurs MICHAUD et VAUTERIN, faites dans ce même service, 42 % des tentatives de suicide ont abouti à un coma ; il est vrai que 78 % de ces comas ont eu une durée inférieure ou égale à 24 heures. Mais ceci n'est tout de même pas négligeable et il faut reconnaître que le lavage d'estomac précoce d'une part, et surtout une thérapeutique rapide et bien conduite par une équipe hospitalière tout spécialement entraînée donnent des résultats rapides, voire spectaculaires. D'autre part, le problème psychiatrique toujours présent dans chaque tentative de suicide et qu'il importe de ne pas négliger peut être rapidement résolu grâce à la collaboration étroite avec la clinique de Neuro-Psychiatrie, en particulier grâce à la présence quotidienne du Docteur BOURRAT.

Parmi les intoxications volontaires de plus grande gravité, on en compte 63 ayant séjourné de 6 à 10 jours et 21 ayant séjourné plus de 10 jours. Pour ces malades, il faut remarquer l'importance du facteur âgé, les complications pulmonaires en particulier étant très fréquentes chez les personnes âgées, ainsi que la gravité des intoxications par moyens associés (barbituriques, neuroleptiques, hypnotiques ; C.O. + barbituriques) 4 malades ont séjourné plus de 20 jours : un coma oxycarboné chez un homme de 24 ans ayant abouti à la mort au bout de 41 jours et 3 cas féminins qui se sont terminés par la guérison (1 femme 37 ans, association de différents barbituriques, sortie au bout de 60 jours - 1 femme 34 ans, association Optalidon-Bellergal, sortie au bout de 22 jours - 1 femme de 29 ans association gardénal + C.O., sortie au bout de 30 jours).

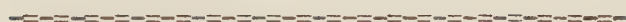
Les intoxications éthyliques présentent un fort pourcentage de malades n'ayant séjourné que 24 heures : 261 sur 432 malades soit 60,4 % des cas. La plupart de ces sujets avaient été admis pour ivresse aigue. La durée des delirium tremens est très variable, l'issue mortelle étant encore fréquente au cours des premiers jours d'hospitalisation. Cependant, la totalité des malades ayant séjourné plus de 5 jours (52 cas) est constituée par des predelirium et des delirium tremens confirmés.

Un grand nombre d'intoxications accidentelles sont bénignes : 209 soit 67,8 % des malades n'ont séjourné que 2 jours au plus, dont 148 n'ont séjourné que 24 heures ou moins. Ce sont des intoxications au C.O. rapidement découvertes, des intoxications alimentaires revêtant l'allure de banales indigestions, des absorptions de produits divers sans gravité, des insulations, des noyades également sans gravité. Cependant, un nombre important de malades ont demandé des soins plus prolongés : 53 cas de 3 à 5 jours, 35 de 6 à 10 jours, 11 de 11 à 20 jours. Ce sont en majorité des intoxications à l'oxyde de carbone, fraction la plus importante des intoxications accidentelles, et aussi quelques intoxications professionnelles graves (bromure de méthyle, trichloréthylène, insecticides, saturnisme). Aucune intoxication accidentelle ou professionnelle n'a séjourné plus de 20 jours. Parmi les malades ayant séjourné de 10 à 20 jours, on relève 10 cas d'intoxications au C.O. et 1 cas de piqûres d'abeilles ; ce qui démontre, une fois de plus, la grande fréquence des intoxications oxycarbonées et leur gravité.

L'étude de la durée de séjour des malades donne donc une idée de l'activité du service, séjours brefs en fait passages des malades entrant dans le Service médical d'urgence, séjours plus prolongés des malades du Centre de Pathologie toxique. En ce qui concerne le Centre de Pathologie toxique, étant donné le petit nombre de malades séjournant longtemps (plus de 10 jours), l'efficacité de l'organisation du service et de la compétence de l'équipe soignante spécialisée est donc, dès maintenant, prouvée.

L'étude du mode de sortie des malades, indispensable pour compléter ce bilan, nous permettra de connaître le devenir de chaque catégorie d'entre eux. Trois chapitres sont particulièrement intéressants : l'étude de la mortalité aussi bien pour les malades du Service médical d'urgence que pour ceux du Centre de Pathologie toxique, l'importance des séquelles des intoxications et le nombre d'internements en ce qui concerne les malades de psychiatrie.

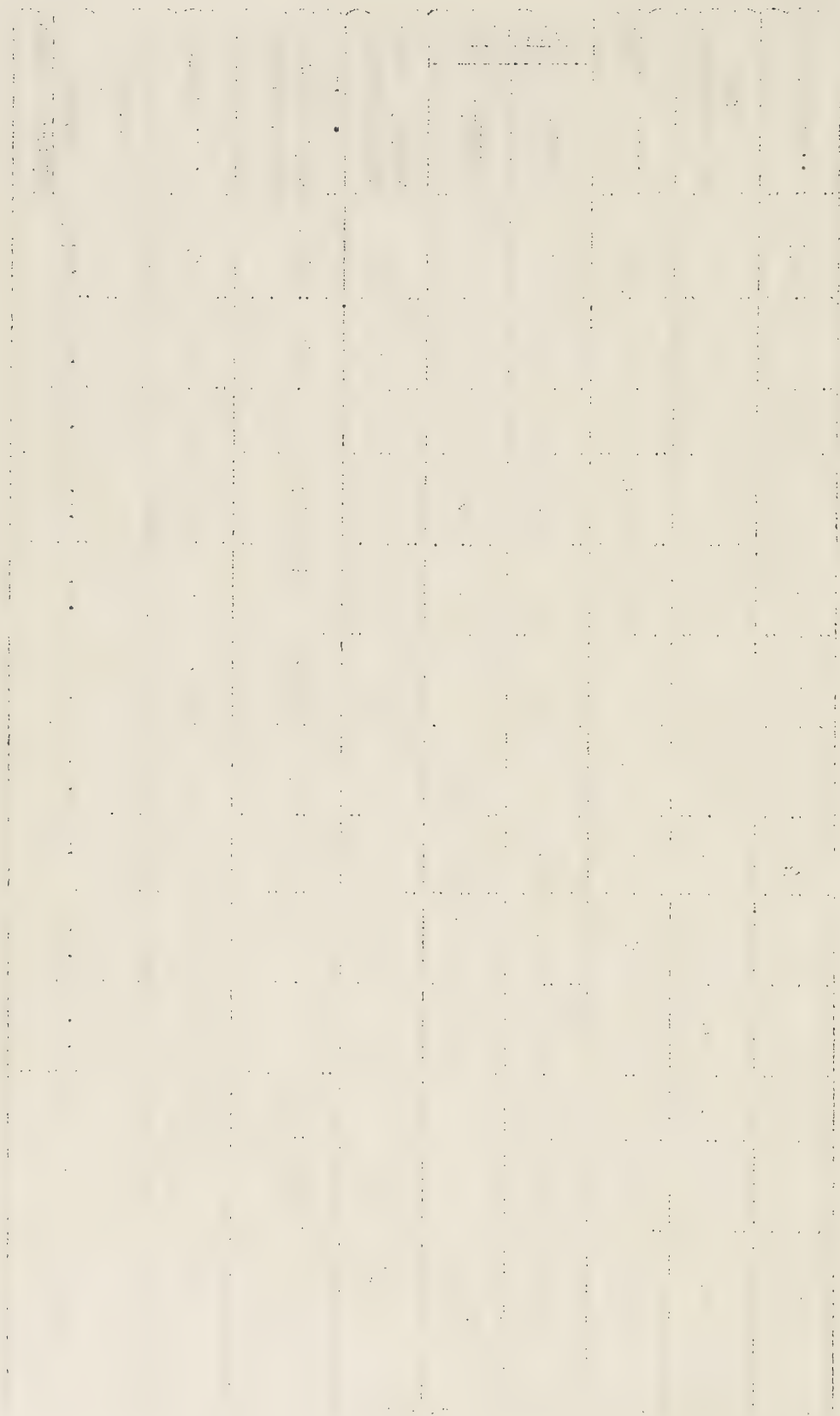
C H A P I T R E V I I



ETUDE STATISTIQUE DES MODES DE SORTIE

Mode de Sortie	Pulm.	Dig.	U.	C.V.	I.M.	Inf.	T.S.	E.	N.P.	I.A.	St	~	TOTAUX
Hommes + Femmes													
Sorties	23	22	7	31	1	23	268	135	190	230	153	525	1 608
Transfert dans : autre service : E. H.	544	509	91	769	113	226	124	213	515	47	22	270	3 443
Transfert dans : autre hôpital	26	22	5	23	9	33	22	13	21	3	1	21	199
Vinatier													
	<u>Libre</u>	2	1	0	4	1	0	39	25	108	1	1	183
	Fermé	0	1	0	3	0	0	13	10	46	0	0	73
Décès	21	29	6	106	13	7	17	17	13	16	0	23	268
Décharge ou fuite	6	10	1	12	5	5	37	16	30	10	2	8	142
Non connu ..	10	4	0	6	0	1	1	5	6	1	5	4	43

256



En étudiant les modes de sortie, nous allons voir une fois encore combien se différencient les deux parties du service, Service médical d'urgence et Centre de pathologie toxique. Cette étude se superpose en tous points à celle de la durée de séjour, c'est-à-dire que, d'une façon générale, la presque totalité des malades du Service médical d'urgence ne faisant que passer dans ce service seront donc transférés dans un autre service de l'hôpital Edouard Herriot, alors que la majorité des malades du Centre de pathologie toxique quittera le service en sortie définitive, tout au moins en ce qui concerne les intoxications volontaires et accidentelles.

Dans les premiers résultats que nous donnons, nous considérons l'ensemble des malades du service. Ces résultats sont les suivants :

- Sorties définitives	= 1 608	= 27,2 % des cas ;
- Transferts dans un autre service E.H.	= 3 443	= 8,2 % " " ;
- Transferts dans un autre hôpital (y compris le Vinatier)	= 455	= 7,7 % " " ;
- Décès	= 268	= 4,5 % " " ;
- Sorties sur décharge ou fuites	= 142	= 2,4 % " " .

Ces résultats sont concrétisés par le graphique ci-contre (tableau n° 9).

Nous voyons que la répartition des modes de sortie est à peu près identique pour les deux sexes. Cependant, on compte beaucoup plus de sorties définitives chez les hommes que chez les femmes (1 121 hommes et 487 femmes), différence qui porte uniquement sur les expertises médico-légales (470 cas d'expertises sur les 1 121 sorties définitives masculines). D'autre part, le nombre des décès est très légèrement supérieur chez les femmes (132 hommes - 136 femmes) différence portant sur les décès d'origine cardio-vasculaire.

Il est plus instructif de comparer les modes de sortie des malades du Service médical d'urgence et du Centre de Pathologie toxique. Pour les raisons que nous avons exposées au chapitre précédent, nous

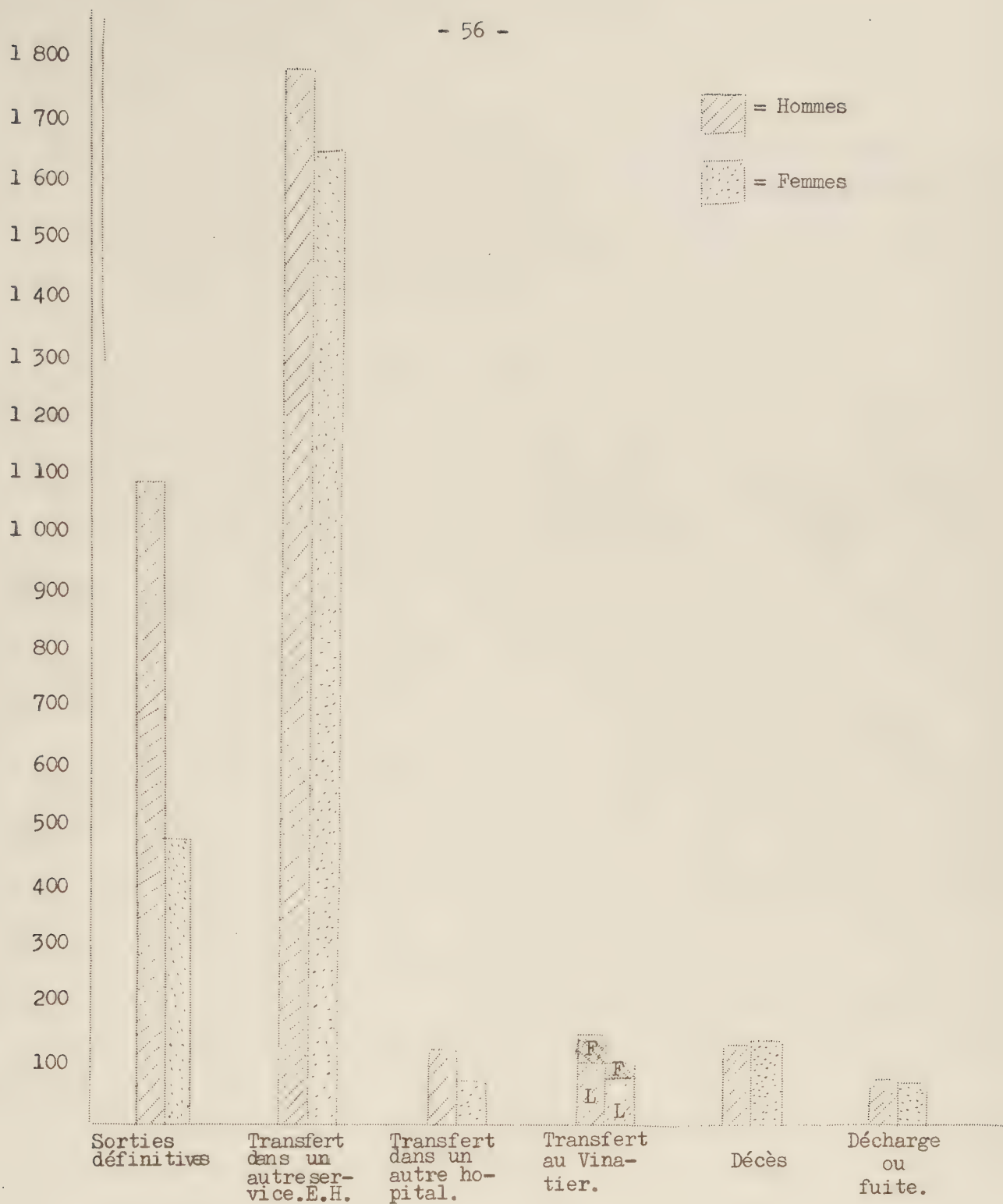


TABLEAU N° 9

considérons à part les malades de neuro-psychiatrie, de stomatologie, et les expertises. Les malades du Service médical d'urgence comprennent donc les sujets entrant pour des syndromes pulmonaires, digestifs, endocriniens, urinaires, cardio-vasculaires, pour des maladies infectieuses et parasitaires et des syndromes divers.

Nous obtenons les résultats suivants :

Mode de Sortie	S. M. U.		C. P. T.		N. P.	
	Nombre	% par rapport au nombre de malades S.M.U.	Nombre	% par rapport au nombre de malades C.P.T.	Nombre	% par rapport au nombre de malades N.P.
Sorties définitives	136	4,5 %	633	50,3 %	190	20,5 %
Transferts autre ser- vice	2 492	82,1 %	384	30,5 %	515	55,8 %
Transferts autre hôpital	139	4,6 %	38	3,3 %	21	2,3 %
Transferts Vinatier	13	0,6 %	88	7 %	154	16,6 %
Décès	205	6,7 %	50	3,9 %	12	1,6 %
Décharge ou fuite.	47	1,5 %	63	5 %	30	3,2 %



1°) - MODE DE SORTIE DES MALADES DU S. M. U.

Les résultats concernant les malades du Service médical d'urgence ne provoquent aucune surprise : 82,1 % des malades sont répartis dans les différents services de l'hôpital. Nous savons également que 82,7 % de ces malades ne séjournent que 24 heures dans le service. Mais, il ne faut pas se hâter de faire concorder ces deux résultats, sachant d'une part que, parmi les malades n'ayant séjourné que 24 heures, on trouve un certain nombre de décès et un certain nombre de sorties définitives de malades dont l'état n'était que passagèrement alarmant (malaises hypoglycémiques, douleur angineuse chez un sujet traité, etc...), et que, d'autre part, la majorité des malades ayant séjourné de 2 à 5 jours ont également été transférés dans les autres services de l'hôpital.

Le nombre des sorties définitives est minime : 136 cas. Le groupe de malades pour lesquels les sorties définitives sont les plus fréquentes sont ceux admis pour maladies infectieuses ou parasitaires (23 cas sur 294), grippe banale ou crises de paludisme. Ces sorties définitives parmi les malades du Service médical d'urgence, s'expliquent par deux faits : soit, nous l'avons déjà dit, que leur état n'ait été que passagèrement alarmant et n'ait point réclamé de soins hospitaliers prolongés, soit qu'ils aient été traités et pris en charge complètement par les médecins du service jusqu'à guérison complète, quel qu'ait été le temps de séjour nécessaire. Cette dernière éventualité demeure l'exception.

Les transferts dans un autre hôpital ont été au nombre de 139 (4,6 % des cas). Il ne faut pas oublier le caractère d'urgence des syndromes présentés par les malades admis au Service médical d'urgence, influençant le transport dans un centre où l'on sait pouvoir recevoir des soins rapides à n'importe quelle heure. Secondairement, le malade ou sa famille demande quelquefois le transfert dans un hôpital plus proche de sa famille. Un second facteur peut motiver ce transfert, résidant dans la spécialisation de certains établissements hospitaliers : cancéreux transférés au Centre Léon Bérard, tuberculeux transférés à l'Hôpital Sainte-Eugénie ou à l'Hôpital Jules Courmont, maladies infectieuses (méningites en particulier) transférées à l'Hôpital de la Croix-Rousse.

Nous notons 13 cas de transfert à l'hôpital psychiatrique départemental du Vinatier. Il est évident que nous avons affaire là à des malades psychiatriques qu'une affection médicale grave a conduits au Service médical d'urgence, malades venant déjà du Vinatier dans quelques cas, que l'organisation spéciale du Service médical d'urgence et la familiarité du personnel avec les problèmes psychiatriques permettent de traiter dans le cadre de l'hôpital général.

Il est agréable de constater que les sorties sur décharge, toujours désagréables pour les médecins et lourdes de conséquence pour les malades, sont rares : 47 cas sur 4 998 malades (soit 1,5 % des cas). Elles sont plus fréquentes chez les hommes : 31 hommes pour 16 femmes.

Nous allons aborder maintenant le chapitre de la mortalité qu'il est important d'étudier en détail.

- Mortalité dans le Service médical d'urgence.

Les décès ont été au nombre de 205 et représentent 6,7 % des cas admis au Service médical d'urgence. On en compte 98 chez les hommes et 107 chez les femmes, donc une mortalité de 6,1 % pour les hommes et de 7,4 % pour les femmes.

La répartition selon l'âge s'établit ainsi :

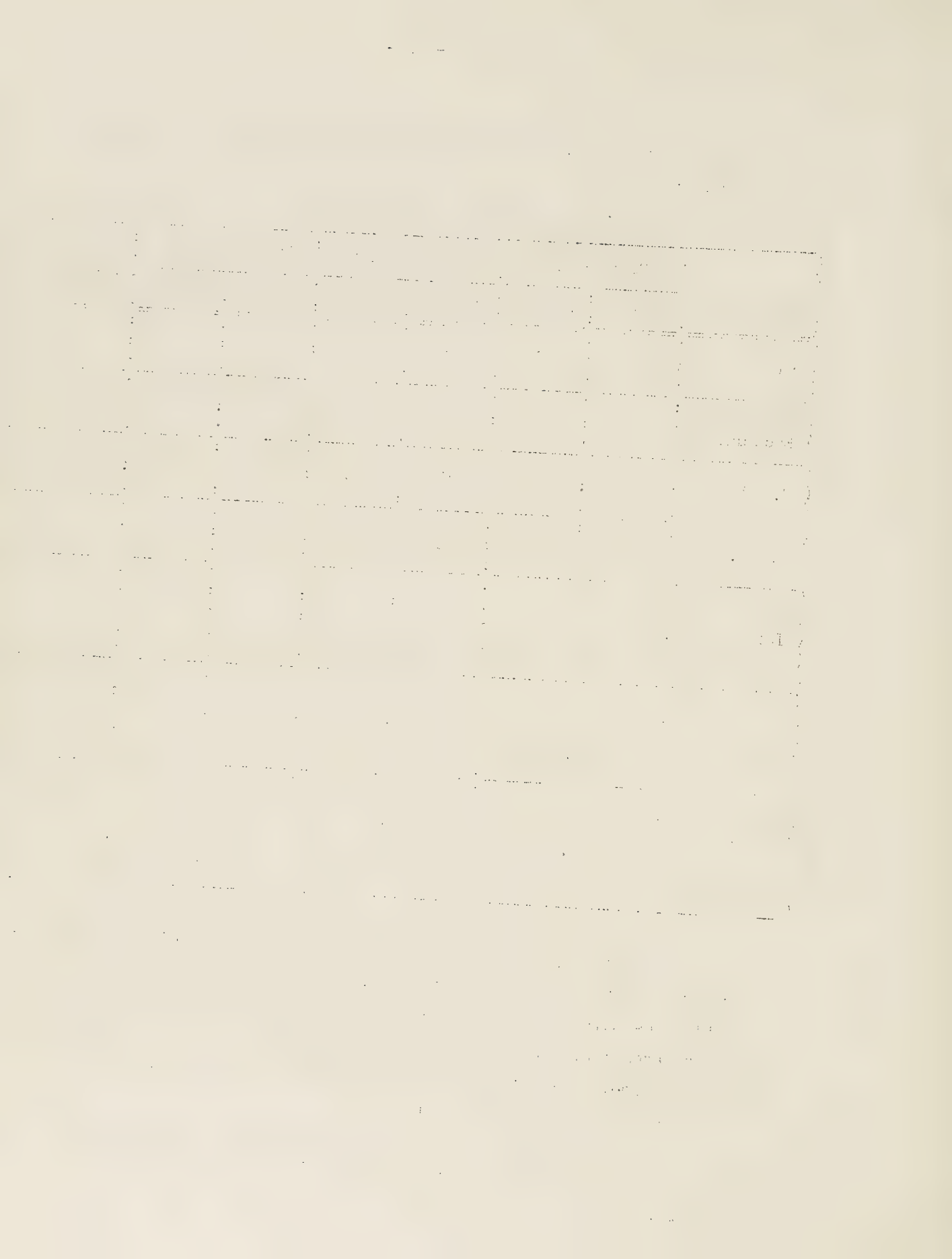
- moins de 20 ans	=	0 décès.	
- de 21 à 40 ans	=	5 décès	= 2,4 % des décès.
			{ 2 hommes 3 femmes
- de 41 à 60 ans	=	61 décès	= 29,7 %
			{ 37 hommes 24 femmes
- Plus de 60 ans	=	131 décès	= 63,9 %
			{ 56 hommes 75 femmes
- Age non connu	=	8 décès	
			{ 3 hommes 5 femmes

L'étiologie des décès est mise en évidence par le tableau suivant :

	21 à 40 ans		41 à 60 ans		Plus de 60 ans		Age non connu
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Pulm.	1	1	3	0	10	5	1
Dig. Endocrino.	0	0	9	8	5	4	3
C. V.	1	0	17	13	24	48	3
I. M.	0	0	3	0	6	4	0
Inf.	0	1	1	1	1	3	0
U.	0	1	1	0	4	0	0
Divers	0	0	3	2	6	11	1

Sur 205 décès, on en compte 119 soit 57,5 % d'origine cardio-vasculaire (52 hommes et 67 femmes). La répartition des décès selon l'âge des malades est parallèle à la répartition des entrées dans les deux sexes : nous savons en effet que le nombre des entrées pour syndromes cardio-vasculaires est avant 60 ans plus élevé chez les hommes et après 60 ans plus élevé chez les femmes.

Les décès par affection cardio-vasculaire se répartissent ainsi :



- 87 accidents vasculaires cérébraux (52 femmes - 35 hommes)
- 13 infarctus du myocarde (9 hommes - 4 femmes)
- 15 insuffisances cardiaques (5 hommes - 10 femmes)
- 3 O. A. P. (3 femmes dont 1 âgée de 38 ans)
- 2 embolies pulmonaires (1 homme + 1 femme)

Les syndromes pulmonaires sont à l'origine de 21 décès (15 hommes et 6 femmes).

- 13 pneumopathies aiguës (dont 1 femme de 26 ans décédée de pneumopathie grippale et un homme de 39 ans décédé de broncho-alvéolite aiguë) ;
- 3 états de mal asthmatique (2 femmes - 1 homme) ;
- 4 tuberculoses pulmonaires (dont 1 silico-tuberculeuse) ;
- 1 emphysème.

Les syndromes digestifs et endocriniens sont responsables de 29 décès (15 femmes et 14 hommes).

- 9 comas diabétiques (6 femmes et 3 hommes) ;
- 12 hémorragies digestives (7 hommes et 5 femmes) ;
- 3 comas hépatiques (3 femmes) ;
- 1 myxoedème (1 femme) ;
- 1 diarrhée profuse (1 homme décédé à l'entrée) ;
- 1 occlusion intestinale aiguë (1 homme décédé à l'entrée).

Les syndromes urinaires sont responsables de 6 décès (1 femme et 5 hommes).

- 4 comas urémiques secondaires à une rétention d'urines d'origine prostatique (4 sujets de 76 à 90 ans) ;
- 2 comas urémiques secondaires à une néphrite (1 homme de 57 ans - 1 femme de 35 ans).

Les maladies infectieuses sont responsables de 7 décès (2 hommes et 5 femmes).

- 5 gripes (1 homme et 4 femmes) ;
- 1 méningite (1 homme de 55 ans) ;
- 1 phlegmon de la face (1 femme de 26 ans).

Enfin 23 décès d'origines diverses :

- 13 décès à l'arrivée dans le service de malades comateux (5 femmes et 8 hommes) ;
- 7 décès chez des femmes âgées entrées pour misère physiologique ;
- 1 leucémie myéloïde (1 homme de 41 ans) ;
- 1 anémie aigue (1 femme de 63 ans) ;
- 1 syndrome plethoro-asphyxique (1 femme de 56 ans).

2°) - MODE DE SORTIE DES MALADES DE NEURO-PSYCHIATRIE.

Le mode de sortie des malades de neuro-psychiatrie est particulièrement intéressant à étudier, d'une part parce que ces malades représentent en nombre la plus importante fraction des admissions de ce service après les syndromes cardio-vasculaires, d'autre part parce qu'une des fonctions essentielles du Service médical d'urgence est de permettre leur hospitalisation dans le cadre de l'hôpital général. Les résultats que nous obtenons confirment entièrement que ce but est atteint dans la majorité des cas.

En effet, 515 malades (soit 55,8 %) après leur séjour au Service médical d'urgence sont transférés à la Clinique Neuro-Psychiatrique de l'Hôpital Edouard-Herriot. En fait, 190 malades soit 20,5 % ont quitté le service en sortie définitive : ce nombre peut paraître surprenant, mais il s'agit de très nombreux malades comitiaux dont les manifestations comitiales affolent toujours l'entourage mais ne justifient pas une hospitalisation lorsque leur état est déjà connu et un traitement institué. Parmi les sorties définitives, on compte également quelques malades atteints de petits troubles psychiatriques (syndromes dépressifs réactionnels, névroses hystériques, etc...) qui, ayant été examinés dans le service même par un spécialiste neuro-psychiatre, peuvent rapidement quitter l'hôpital avec un traitement approprié.

21 malades (soit 2,3 %) ont été transférés dans un établissement de soins privés.

Pour 154 malades (soit 16,6 %), le transfert à l'hôpital psychiatrique départemental du Vinatier s'est avéré indispensable. Compte tenu de la gravité de l'état de la majorité des malades psychiatriques, ce pourcentage d'internement est donc faible, surtout si l'on sait que 108 malades (57 hommes et 51 femmes) sur 154 ont pu être admis en service libre, soit plus des 2/3 des cas. On peut donc affirmer que la création du Service médical d'urgence rend service à la fois aux malades psychiatriques en leur évitant souvent l'internement et à l'hôpital psychiatrique dont l'encombrement chronique est bien connu.

On a constaté 12 décès parmi les malades de neuro-psychiatrie (7 femmes et 5 hommes). L'étiologie de ces décès était :

- pour 6 malades de moins de 40 ans :

3 états de mal épileptique (3 femmes de 30,31 et 36 ans) ;
3 tumeurs cérébrales ayant entraîné un coma (3 femmes de 27 et 33 ans) ;

- pour 6 malades allant de 60 à 81 ans, tous déments séniles, soit de l'évolution terminale d'un ramollissement cérébral, soit d'une hémorragie cérébrale chez de vieux hypertendus.

Il serait donc plus juste d'inclure ces cas dans la pathologie vasculaire, cependant leur état d'agitation commandait leur admission en milieu psychiatrique.

On constate enfin 30 cas de sorties sur décharge soit un pourcentage non négligeable de 3,2 % s'expliquant par la fréquente incompréhension des maladies psychiatriques de la part de la famille de ces malades.

3°) - MODE DE SORTIE DES MALADES DU CENTRE DE PATHOLOGIE TOXIQUE :

Nous rappelons les résultats globaux obtenus pour l'ensemble des intoxications :

- Sorties définitives	=	633	=	50,3 %
- Transferts dans un autre service de l'Hôpital	=	384	=	30,5 %
- Transferts dans un autre Hôpital	=	38	=	3,3 %
- Transferts à l'Hôpital du Vinatier	=	88	=	7 %
- Décès	=	50	=	3,9 %
- Sorties sur décharge	=	63	=	5 %

Pour interpréter correctement ces résultats, il est indispensable de faire la distinction entre les trois sortes de malades : intoxications volontaires, intoxications éthyliques et intoxications accidentelles et professionnelles :

	T. S.		INTOXICATIONS ETHYLIQUES		I. ACCIDENTELLES ET PROFESSIONNELLES	
	Nombre	% par rapport au nombre total de T.S.	Nombre	% par rapport au nombre total d'I.E.	Nombre	% par rapport au nombre total d'I.A. et P.
Sorties définitives	268	51,5 %	135	31,4 %	230	74,9 %
Transferts dans un autre service E.H.	124	23,8 %	213	49,6 %	47	15,3 %
Transfert dans un autre service E.H.	22	4,2 %	13	3 %	3	1 %
Transferts au Vinatier	52	10 %	35	8,1 %	1	0,4 %
Décès	17	3,2 %	17	3,9 %	16	5,2 %
Sorties sur décharge	37	7,3 %	16	4 %	10	3,2 %

- Mode de sortie des tentatives de suicide :

Plus de 50 % des intoxiqués volontaires peuvent quitter le service définitivement guéris et ceci après un temps de séjour relativement bref, rappelons le : ceci est dû à la bénignité de beaucoup d'intoxications et à l'efficacité du traitement. D'autre part, tous les malades suicidants sont examinés par un médecin psychiatre sans l'avis duquel aucune sortie n'est envisagée. Le grand nombre de sorties définitives illustre donc le caractère extra-psychiatrique de beaucoup de tentatives de suicide. Les statistiques des Docteurs MICHAUD et VAUTERIN montrent que sur 236 suicidants, 74 étaient exempts de toute affection mentale, 25 pouvaient être qualifiés de "crise juvénile" (opposition aux parents, recherche d'indépendance, d'originalité) donc à la limite du pathologique. Parmi les sujets psychiatriques venaient en tête les déséquilibrés caractériels chez les femmes, les alcooliques chez les hommes, et non pas les grands syndromes psychiatrique. Pour beaucoup de ces sujets, la tentative de suicide, comportement d'inadaptation et d'appel, a amené un relâchement de l'anxiété et parfois une amélioration des conditions familiales ou sociales l'ayant motivé, l'appel ayant été entendu.

Cependant, la proportion de malades psychiatriques est importante et la poursuite d'un traitement en milieu hospitalier a été nécessaire dans 198 cas : 124 ont été transférés à la clinique neuro-psychiatrique de l'hôpital Edouard-Herriot, 22 en clinique psychiatrique privée, 52 à l'hôpital psychiatrique du Vinatier dont 39 en service libre (25 hommes et 14 femmes) et 13 en service fermé (6 hommes et 7 femmes).

La mortalité des tentatives de suicide est faible : 17 cas (11 femmes et 6 hommes) soit 3,2 % des tentatives de suicide. La répartition selon l'âge se fait ainsi :

	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>
- Moins de 20 ans :	0	0
- 21 à 40 ans :	1	2
- 41 à 60 ans :	3	2
- Plus de 60 ans :	1	7
- Age non connu :	1	0

Nous voyons que le nombre de décès augmente considérablement avec l'âge alors que le nombre de T.S. diminue.

Les moyens employés lors de ces intoxications mortelles ont été :

- Barbituriques : 8 cas (7 femmes - 1 homme).

(1 seul barbiturique ou plusieurs associés entre eux).

Sur 7 femmes, 6 âgées de plus de 60 ans et 1 de 50 ans.

- Barbituriques associés à d'autres médicaments :

- Belladéal + Librium : 1 femme 44 ans ;

- Barbituriques + Neuroleptiques + Tranquillisants :
1 femme 31 ans ;

- Barbituriques + Antihistaminiques : 1 femme (âge non connu).

- Produits divers :

- Equanil : 1 femme 97 ans ;

- Digitaline : 1 homme 63 ans ;

- Plutonic (raticide à base de chloralose) + Phenergan
1 homme 49 ans.

- C. O. : 1 femme 69 ans (coma de 18 jours) ;

1 homme 49 ans (coma de 3 jours) ;

1 homme 22 ans (coma de 41 jours).

Nous n'avons tenu compte ici que des décès survenus dans le service : à notre connaissance, 2 décès sont survenus après le transfert des malades dans un autre service : 1 homme 22 ans entré pour section des veines, défenestration quelques heures après son admission, décès trois semaines plus tard dans un service chirurgical - 1 femme de 68 ans : coma au C.O. de huit jours, décès 48 heures après l'admission en neurologie (à l'autopsie nécrose pallidale bilatérale).

Enfin, il faut remarquer le nombre important de sorties sur décharge parmi les suicidants : 37 cas (5 hommes et 32 femmes), soit 7,3 % des intoxiqués volontaires.

- Mode de sortie des intoxications éthyliques :

Ne sont admis au Centre de Pathologie toxique que les malades atteints d'intoxications éthyliques aiguës : ivresses aiguës ou délires aigus (predelirium et delirium tremens). Cependant, les délires aigus (et un grand nombre d'ivresses aiguës) étant le fait d'alcooliques chroniques, ceci explique que la moitié des malades admis au Centre de Pathologie toxique (213 cas dont 142 hommes et 71 femmes) doive être transférée dans d'autres services de l'hôpital après guérison des manifestations aiguës de l'alcoolisme. Ces transferts se font soit dans un service de médecine générale afin de traiter les atteintes organiques de l'alcoolisme, soit dans la Clinique Neuro-Psychiatrique afin de traiter les séquelles neuro-psychiatriques ou de procéder à un traitement de fond de l'éthylisme (cures de désintoxication et de dégoût).

135 malades (116 hommes et 19 femmes) soit 31,4 % des cas, ont quitté le service en sorties définitives : malades admis pour ivresses aiguës banales le plus souvent, quelquefois aussi pour délires aigus et pour lesquels un traitement hospitalier complémentaire n'a point été jugé indispensable, du fait de l'absence ou de la légèreté des atteintes organiques, ou de l'inutilité d'une cure de dégoût.

Les transferts à l'Hôpital psychiatrique du Vinatier ont été au nombre de 35 soit 8,1 % des cas (29 hommes et 6 femmes) ; 25 ont été admis en service libre (21 hommes et 4 femmes), 10 en service fermé (8 hommes et 4 femmes). Ces transferts sont motivés par la mise en oeuvre d'une cure de dégoût, par la nécessité d'un traitement psychiatrique pour un déséquilibre mental faisant le lit de l'alcoolisme ou, au contraire, par des séquelles psychiatriques graves de l'alcoolisme : troubles caractériels graves, délires hallucinatoires chroniques, démence alcoolique.

La mortalité des intoxications éthyliques a été de 3,9 % = 17 décès (dont 13 hommes et 4 femmes). Dans tous les cas, sauf un, le décès est dû à un delirium tremens :

- 2 sujets de moins de 41 ans :

- . 1 homme 36 ans ;
- . 1 femme 39 ans.

- 12 sujets de 41 à 60 ans :

- . 11 hommes ;
- . 1 femme.

- 3 sujets de plus de 60 ans :

- . 1 homme ;
- . 2 femmes dont une de 66 ans est décédée d'hémorragie méningée trois jours après son admission pour ivresse aiguë.

C'est entre 40 et 60 ans que l'on constate le plus de décès, ceci en proportion avec le nombre d'admissions qui est maximum entre 41 et 60 ans. L'âge influence peu la mortalité, les delirium tremens sont d'ailleurs rares après 60 ans.

Les sorties sur décharge ne sont pas particulièrement fréquentes parmi les alcooliques : 16 cas soit 4 % des cas (10 hommes et 6 femmes).

- Mode de sortie des intoxications accidentelles :

Pour les intoxications accidentelles, deux faits sont particulièrement importants à connaître : le taux de mortalité et la fréquence des séquelles.

Nous apprenons tout d'abord par l'importance du nombre de sorties définitives (230 cas soit 74,9 % des malades) que 3 malades sur 4 peuvent quitter le service définitivement guéris : ceci est un résultat très satisfaisant.

50 malades soit 16,3 % des cas ont été transférés dans un autre hôpital. Ce résultat ne donne pas exactement l'importance des séquelles : parmi ces transferts, on trouve un petit nombre de malades pour lesquels l'examen médical lors de l'intoxication a permis de dépister une affection

organique autre nécessitant un traitement complémentaire à l'hôpital. Cependant, la majorité des transferts dans un autre service a été motivée par des séquelles de l'intoxication aiguë, en majorité séquelles neurologiques des intoxications au C.O. chez les personnes âgées. On note un cas de transfert au Vinatier pour une femme présentant une affection psychiatrique indépendante de l'intoxication l'ayant amenée au Centre de Pathologie toxique.

De toutes les intoxications aiguës, les intoxications accidentelles présentent le taux de mortalité le plus élevé : il est de 5,2 % avec 16 décès (7 femmes et 9 hommes).

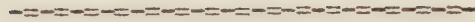
Selon l'âge, la répartition des décès est la suivante :

	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>
- Moins de 21 ans :.....	0	1
- De 21 ans à 40 ans :	1	0
- De 41 ans à 60 ans :	2	1
- Plus de 60 ans :	6	5

Le taux de mortalité, presque nul jusqu'à 60 ans, s'élève brutalement après 60 ans où il est alors de 17 %. Ce résultat fait ressortir la gravité des intoxications chez les personnes âgées ; gravité particulière des intoxications au C.O., car sur 16 décès, 15 sont consécutifs à des intoxications à l'oxyde de carbone (dont les 11 cas au-dessus de 60 ans). Le seizième décès a été provoqué par des piqûres d'abeilles chez un homme de 60 ans.

=====

C O N C L U S I O N S



- 1°) - L'intérêt d'un service d'urgence médicale est prouvé par le nombre de malades hospitalisés ; en un an ce chiffre s'élevait à 5 958 (Avril 1961 à Avril 1962).

- 2°) - Un centre de pathologie toxique fonctionne, dans les meilleurs conditions possibles, dans le cadre de ce service. Le nombre de malades était de 1 260 :

- 521 suicides ;
- 305 intoxications accidentelles ou professionnelles ;
- 434 intoxications éthyliques aiguës.

- 3°) - Une étude statistique montre que tous les âges sont représentés dans la clientèle de ce service ; les sexes sont sensiblement à égalité.

- 4°) - L'hospitalisation est de courte durée : pour les 2/3 des malades elle est d'un jour.

Mais elle permet un traitement immédiat, le repos ; une thérapeutique, au cours d'une hospitalisation de quelques jours, est parfois suffisante.

- 5°) - La sortie de ces malades se fait :

- . dans 3 898 cas : transfert dans un autre service ;
- . dans 1 608 cas : sorties de l'hôpital ;
- . dans 142 cas : sorties avec décharge ;
- . et, malheureusement, il y eut 268 décès.

Le Président de la Thèse :
Pr L. ROCHE.

VU et permis d'imprimer
LYON, le 18 Octobre 1963

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université,

P. LOUIS.

VU, le Doyen :
J.-F. CIER.

B I B L I O G R A P H I E

- Activité du Centre-Poisons de Lyon.

Etude statistique de 450 intoxications observées en six mois.

J. L. MICHAUD - C. VAUTERIN.

- La Tentative de suicide.

Approche psychiatrique à propos de 236 observations **recueillies** dans un Centre de Pathologie Toxique.

C. VAUTERIN et J. L. MICHAUD.

- Bulletin Médecine Légale 1962.

5ème Année n° 1.

Journal of Management Inquiry 18(6)

TABLE DES MATIERES

<u>CHAPITRE I</u>	page 1
<u>CHAPITRE II :</u>	
Activité numérique du Service d'Urgence Médicale	page 9
<u>CHAPITRE III :</u>	
Sexe des Malades hospitalisés	page 20
<u>CHAPITRE IV :</u>	
Répartition des Hospitalisations selon les mois de l'année .	page 27
<u>CHAPITRE V :</u>	
Etude statistique de l'âge des malades	page 32
<u>CHAPITRE VI :</u>	
Etude de la durée du séjour	page 42
<u>CHAPITRE VII :</u>	
Etude statistique des modes de sortie	page 54
<u>CONCLUSIONS</u>	page 71
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	page 73
